

RANDPSYCHOTHERAPIEN

BIRGIT VON KATZLER

1987



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554617_0056

Aus der Psychiatrischen Klinik

der Universität München

Vorstand: Prof. Dr.H.Hippius

Randpsychotherapien

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Birgit von Katzler

aus
München

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter:	Prof.Dr.E.Rüther
Mitberichterstatter:	Prof.Dr.H.Hippius
Dekan:	Prof.Dr.W.Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	11.06.87

An dieser Stelle möchte ich meinen besonderen Dank
aussprechen

Herrn Prof.Dr.E.Rüther

für seine herzliche Betreuung und Hilfe, ohne die
diese Arbeit nie zustande gekommen wäre

Herrn Dr.R.Lund

für seine freundliche Unterstützung

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
A Einleitung und Zielsetzung	1
B Was sind Randpsychotherapien ?	3
C Darstellung verschiedener Randpsychotherapien	6
1. Die Feldenkrais-Therapie	6
1.1. Lebenslauf	6
1.2. Theoretische Grundlage der Feldenkrais Therapie	7
1.3. Das Ich-Bild nach Feldenkrais	8
1.4. Physiologische Grundlagen	11
1.5. Grundlagen der bewegungsorientierten Therapie nach Feldenkrais	13
1.6. Ziele der Feldenkrais Körpertherapie	16
1.7. Zu den Übungen	19
1.7.1. Übungsbeispiel	20
1.7.1.1. Ausgangslage	21
1.7.1.2. Atmung und Brustvolumen	21
1.7.1.3. Atembewegung ohne zu atmen	22
1.7.1.4. Das Volumen des Unterleibes vergrößern	22
1.7.1.5. Wippbewegung	23
1.7.1.6. Bewegungen des Zwerchfells	24
1.7.1.7. Völlig symmetrische Wirbelsäule	24
1.7.1.8. Die Mitte spüren	25
1.7.1.9. Wippbewegungen in der Seitenlage	26
1.7.1.10. Wippbewegungen in der Rückenlage	27

1.7.1.11.	Wippbewegungen im Knien	28
1.7.1.12.	Wirkung der Wippbewegung auf die Atmung	29
1.7.1.13.	Ein- und Auswärtswölbung des Rück- grats und Beckenbewegung	30
1.7.1.14	Den Rücken breiter machen	31
1.8.	Diskussion der Feldenkraistherapie	33
2.	Bioenergetik	35
2.1.	Lebenslauf Alexander Lowens	36
2.2.	Das Energiekonzept in der Bioenergetik	37
2.3.	Geist - Lebensgeist - Seele	39
2.4.	Die Sprache des Körpers	42
2.5.	Das energetische Grundprinzip	45
2.6.	Das Lustprinzip und die Angst	46
2.7.	Die Charakterkunde Lowens	49
2.8.	Die bioenergetische Therapie	53
2.8.1.	Übungen der Bioenergetik	59
2.8.1.1.	Erden	59
2.8.1.2	Der Bogen	60
2.8.1.3.	Beckenübungen	65
2.8.1.4.	Übungen für Selbst- und Gefühls- ausdruck	66
2.8.1.4.1.	Treten	66
2.8.1.4.2.	Ausdruck von Wut oder Zorn	68
2.9.	Diskussion	69
3.	Körperorientierte Meditationsformen	73
3.1.	Lebenslauf und östliche Denkungsweise	73
3.2.	Was ist Meditation ?	75
3.3.	Warum Meditation ?	77

III

Seite

3.4.	Beispiele körperorientierter Meditationsformen	78
3.4.1.	Die dynamische Meditation	80
3.4.2.	Kundalini Meditation	82
3.4.3.	Nadabrahma	84
3.4.4.	Vipassana	85
3.4.5.	Zazen	87
3.5.	Diskussion	89
4.	Rebirthing Atemtherapie	90
4.1.	Theoretische Grundlagen	91
4.2.	Medizinische Grundlage des Rebirthing	95
4.3.	Die Rebirthing Therapie	96
4.3.1.	Übersicht über einen Therapieverlauf	99
4.4.	Diskussion	107

D Diskussion

1.	Psychotherapieforschung und Erfolgs- forschung	109
1.1.	Untersuchungen und Forschung im Be- reich der Psychotherapie	110
1.2.	Studien und Ergebnisse in der Psycho- therapieforschung	112
1.3.	Untersuchungen der Erfolgsforschung	113
1.4.	Untersuchungen im Bereich der Rand- psychotherapien	115
2.	Grenzbereiche der Psychotherapie	116

3.	Sinn, Werte, Ziele und Indikation in der Psychotherapie und den Randpsychotherapien	117
3.1.	Ideologie und Therapieziel	119
3.2.	Wert- und Sinnvorstellungen verbunden mit Therapiezielen	121
4.	Normalität - Abnormalität und Therapieindikation	123
5.	Ethik in der Psychotherapie	126
6.	Die Dimension Therapeut	127
6.1.	Der Therapeut in der Psychotherapie und in der Randpsychotherapie	129
7.	Psychopharmakotherapie und Psychotherapie	131
8.	Psychotherapieverfahren im Vergleich	132
9.	Das Grundkonzept der Randpsychotherapien	136
10.	Die Stellung der Randpsychotherapien	137
11.	Die Möglichkeit einer Synthese	139
E	Zusammenfassung	142
	Literaturverzeichnis	146
	Lebenslauf	154

A Einleitung und Zielsetzung

Die Tendenz und Entwicklung der westlichen Welt läßt in den unterschiedlichsten Bereichen, sei es der Politik, der Geisteswissenschaft oder der Naturwissenschaft eine Suche nach Alternativen erkennen.

Selbst in der Medizin wird das Interesse an alternativen Therapiemöglichkeiten sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten immer deutlicher.

Der Trend zum Heilpraktiker auf Seiten der Patienten konkurriert mit Zusatzbezeichnungen wie "Arzt für Naturheilkunde und Homöopathie".

Ausdruck dieser Alternativensuche im psychologischen und psychiatrischen Bereich ist das immer vielfältiger werdende Therapieangebot auf dem sogenannten "Psychomarkt". Der Trend zur "Wochenend-Therapie" läßt die Forderung nach einer genaueren Betrachtung dieser jungen Therapien laut werden.

Es liegt dieser Arbeit fern, eine Wertung über einzelne Therapien aufzustellen, zumal eine Untersuchung und ein Vergleich sämtlicher existierender Therapieformen im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist.

Vielmehr wird im Folgenden versucht, durch eine Darstellung vier verschiedener Therapien, hier als "Randpsychotherapien" bezeichnet, den Grundgedanken dieser neuen Therapierichtungen zu erarbeiten.

Inwieweit der Psychiatrie durch die Randpsychotherapien eine Konkurrenz erwachsen kann, läßt sich bisher nicht absehen. Dennoch bietet sich für die Psychiatrie die Chance, durch eingehende Untersuchung und Prüfung abzuwägen, ob hier nicht neue Möglichkeiten liegen, das bisherige Arbeitsspektrum zu erweitern.

"Erweiterung statt Abgrenzung" könnte verhindern, daß ein neues psychotherapeutisches Potential in die Hände der Psychologen und Laientherapeuten abgegeben wird. Die durchgeführten Arbeiten und Untersuchungen reichen zu einer Urteilsbildung über Erfolg und Anwendbarkeit nicht aus.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine Annäherung der Psychiatrie und der Randpsychotherapien anzuregen und mögliche und notwendige ausstehende Untersuchungen zu erwägen.

Der Wissenschaftler Werner Heisenberg beschreibt das Potential einer solchen Annäherung wie folgt: "Wahrscheinlich darf man ganz allgemein sagen, daß sich in der Geschichte des menschlichen Denkens oft die fruchtbarsten Entwicklungen dort ergeben haben, wo zwei verschiedene Arten des Denkens sich getroffen haben. Diese verschiedenen Arten des Denkens mögen ihre Wurzeln in verschiedenen Gebieten der menschlichen Kultur haben oder in verschiedenen Zeiten, in verschiedenen kulturellen Umgebungen oder verschiedenen religiösen Traditionen. Wenn sie sich nur wirklich treffen, das heißt, wenn sie wenigstens nur soweit zueinander in Beziehung treten, daß eine echte Wechselwirkung stattfindet, dann kann man darauf hoffen, daß neue und interessante Entwicklungen folgen." (Heisenberg 1976)

B Was sind Randpsychotherapien ?

Der Begriff "Randpsychotherapien" beinhaltet seine Erklärung. Es handelt sich um Therapien, die bisher nur am Rande Beachtung fanden und meist von eigens in dieser Richtung ausgebildeten Therapeuten praktiziert werden.

Diese Randposition hat zur Folge, daß die Ausbildung der Therapeuten qualitativ sehr unterschiedlich ausfällt, da es keine Ausbildungsrichtlinien und keine Supervision gibt.

Die Auslese unter den Randpsychotherapien erfolgt nach den Prinzipien der freien Marktwirtschaft, da über die Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann und keine Überweisungen durch Ärzte stattfinden. Aus diesem Grund muß jeder Therapeut "konkurrenzfähig" bleiben. Deshalb werden die verschiedensten Methoden angewandt um Patienten anzusprechen. Manche Anzeigen und Angebote erinnern fast schon an Prospekte von Reisebüros oder ähnliche Werbeangebote.

Genauso existieren Therapeuten, die sich ohne Werbung durch gute Arbeit und Erfolge im Kreise der Interessenten herumsprechen.

Diese "natürliche Auslese" birgt Vor- und Nachteile in sich, da gute Therapeuten auf diese Weise sicher ihren Patientenstamm haben, Scharlartane aber mit gezieltem, wirkungsvollem Ansprechen auch Patienten anziehen.

Da, wie bereits erwähnt, eine Überweisung durch den Kassenarzt nicht stattfindet, findet sich ein unterschiedliches Patientengut, verglichen mit den Psychiatrischen Kliniken. Ein großer Anteil wird von Menschen ausgemacht, die keine akuten Patienten für eine Psychiatrische Klinik oder einen Psychiater darstellen.

Es handelt sich mehr um sogenannte Alltagsneurosen, mit ihrer bekannten, breiten Ausprägungsskala.

Da diese Therapien von den Patienten selbst gezahlt werden, muß eine gewisse Selbstinitiative vorausgesetzt werden. Der sogenannte Leidensdruck und das Interesse an der Therapie muß groß genug sein, um das eigens verdiente Geld dafür auszugeben.

Ein simpler Energiekreislauf findet hier statt. Der Patient arbeitet, um damit Geld zu verdienen. Mit diesem Geld kann er sich seine Therapie leisten. Also richtet er seine Energie darauf, etwas zu tun, damit es ihm besser geht. Dieser Kreislauf ist bei einem psychiatrischen Kassenpatienten nicht vorhanden. Auf Grund der Klinik mancher Neurosen oder Psychosen, wie z.B. der Schizophrenie oder einer Depression, könnten die einzelnen Schritte vom Patienten nicht vollzogen werden. Damit bleiben diese Therapien vielen, die von ihnen profitieren könnten, unzugänglich. Ob und wie weit eine finanzielle Mitbeteiligung des Patienten förderlich für seine Therapie ist, ist ein häufiger Diskussionspunkt im ökonomischen Bereich der Psychotherapieforschung.

Eine Zusammenarbeit von Therapeuten der Randpsychotherapien und Psychiatern besteht bisher nicht. Allerdings bedienen sich einige niedergelassene Ärzte mit Psychotherapiezusatzausbildung der Methoden der Randpsychotherapien.

Ausreichende Erfolgsstudien für die einzelnen Randpsychotherapien existieren noch nicht. Ob Patienten durch Anwendung einer Randpsychotherapie ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erspart werden kann, kann weder nachgewiesen noch überprüft werden.

Angeführt werden können nur subjektive Berichte von

Patienten, die nach dem Durchlaufen einer Randpsychotherapie von tiefgreifenden Veränderungen in ihrem Leben berichten.

Unbestritten arbeiten die Randpsychotherapien vor allem mit einem Patientengut, das unter neurotischen Störungen und Beschwerden leichter Art leidet. Folglich können empirische Nachweise nur in diesem Bereich erhoben werden. Ob ein Erfolg auch bei Psychosen zu verzeichnen wäre, bleibt eine offene Frage.

Seit 1978 der "Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten" als Referentenentwurf vorliegt, stellt sich die Frage, inwieweit die Stellung des Psychotherapeuten aus der rechtlichen Grauzone herausgenommen wird. Der "Psychomarkt" wird immer reicher an Therapien und es ist nicht abzusehen, welche Therapien in den Genuß der rechtlichen Absicherung kommen und welche nicht.

In dieser Arbeit soll nicht nur eine Darstellung und Diskussion einiger Randpsychotherapien erfolgen, sondern auch die Möglichkeit einer Annäherung der Randpsychotherapien und der psychiatrischen Psychotherapien erwogen werden.

C Darstellung verschiedener Randpsychotherapien

1. Die Feldenkrais-Therapie

Diese im folgenden beschriebene Therapie ist eine der sanftesten Körpertherapieformen.

Sie wurde von dem Physiologen und Physiker Moshé Feldenkrais entwickelt. Die theoretische Basis dieser Therapie baut deshalb auf physiologischen Grundgedanken und Überlegungen auf.

Feldenkrais' Zielvorstellung ist die Möglichkeit einer psychischen Erweiterung der Persönlichkeit durch eine physische Schulung der Körperfunktionen.

1.1. Lebenslauf

Moshé Feldenkrais, 1904 in Slawuta geboren, wanderte mit 15 Jahren nach Palästina aus. Er studierte Physik in Paris und erreichte 1938 gemeinsam mit Juliot Curie die erste Kernspaltung in Frankreich.

Seine Weiterarbeit bestand aus Versuchen auf den Gebieten der Neuro- und Verhaltensphysiologie.

Diese Erfahrungen faßte er in dem Buch "Body and Mature Behaviour" zusammen.

Heute lehrt Moshé Feldenkrais an Universitäten in Nordamerika, Frankreich, Israel und England.

Viele seiner Schüler haben Institute errichtet, in denen die Feldenkrais-Therapie gelehrt und praktiziert wird.

1.2. Theoretische Grundlage der Feldenkrais-Therapie

Drei Dinge prägen nach Feldenkrais den Menschen, das sind Vererbung, Erziehung und Selbsterziehung.

Vererbung und Erziehung sind uns vorgegeben. Die Selbsterziehung hingegen liegt in unserer Hand. Diese soll nach Feldenkrais das bewußte Training aller Funktionen, der geistigen und der körperlichen, beinhalten.

Das Handeln wird durch das Ich-Bild, wie Feldenkrais es bezeichnet, geprägt. Dieses ist durch ererbte biologische Gegebenheiten festgelegt und dann durch die Erziehung bestimmt, die Dinge wie Sprache, Dialekt, Denkbegriffe und Reaktionsweisen festlegt.

Zusätzliche Prägungen entstehen durch die jeweiligen gesellschaftlichen Wertungen.

Für jeden steht am Anfang des Lebens die Erziehung im Vordergrund und wird dann mehr und mehr von der Selbsterziehung abgelöst, in der die individuellen Züge jedes einzelnen Menschen entwickelt werden.

Um in einem "harmonischen Zustand" zu leben, ist es wichtig, das jeder seinen organischen Eigentümlichkeiten, die ihm biologisch vererbt wurden, Ausdruck verschafft. Konträr zu diesem Anspruch steht die Tatsache, daß jeder Mensch sogenannte Masken trägt. Dies sind Masken, die den Anforderungen der Umwelt entsprechen, die den Hunger nach Bestätigung befriedigen und die der Wunsch eines jeden nach Liebe und der damit verbundenen Angst vor Liebesentzug sind.

Mit jeder Maske, die ein Individuum trägt, entfernt es sich von der "Eigenart des Einzelnen". Die Energie, die aufgewendet werden muß, um diese Masken aufzubauen und aufrechtzuerhalten, entspricht keinem organischen

Grundbedürfnis. Auch wenn als Antwort eine positive Reaktion der Umwelt folgt, entsteht nach Feldenkrais Ansicht das Gefühl der Leere und Entfremdung.

Feldenkrais meint, daß ein unsicheres Selbstgefühl den Menschen immer dazu treiben wird, nach Bestätigung zu suchen und ihn in dem Konflikt hält, auf der einen Seite seinen Masken nachzulaufen, auf der anderen Seite nicht mehr nach eigenen organischen Bedürfnissen zu leben. Am Ende dieses Teufelskreises bleibt eine gedrückte Stimmung und als weitere Folge verminderte Gesundheit.

Vier Punkte legt Feldenkrais für den Lernprozeß der Selbsterziehung und für seine Therapie fest:

1. Die Klarheit, daß der Prozeß in Schritten vor sich geht.
2. Schon nach den ersten Schritten soll eine Besserung zu fühlen sein.
3. Das Wissen, daß es in so einem therapeutischen Prozeß immer auf und ab geht.
4. Klarheit darüber, daß, wenn Änderungen in einem selbst vorgehen, neue Schwierigkeiten auftreten, die bisher aus dem Bewußtsein verbannt waren.

1.3. Das Ich-Bild nach Feldenkrais

Um sein Verhalten zu ändern, muß der Patient von dem eigens gemachten Bild von sich selbst loslassen, das er in sich trägt. Es geht nicht darum, neue Verhaltensweisen an die Stelle der alten zu setzen, sondern

die Dynamik des Verhaltens zu ändern.

Feldenkrais nimmt als Grundlage für alle weiteren Schritte ein aus vier Teilen bestehendes Ich-Bild. Jeder Anteil ist an jedem Tun beteiligt.

Die vier Teile sind Bewegung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken. Jeder Teil ist mehr oder weniger mit allen Handlungen verbunden. Feldenkrais erklärt dies so: "Um nachzudenken, muß einer wach sein und wissen, daß er wach ist - er muß seine körperliche Stellung und Lage im Verhältnis zum Schwerfeld empfinden und erkennen können. Das bedeutet aber, daß am Denken auch Bewegung, Sinnesempfindung und Gefühl beteiligt sind. Um Ärger oder Freude fühlen zu können, muß einer in einer bestimmten Haltung sein und in irgendeiner Beziehung stehen zu einem anderen Lebewesen oder Gegenstand. Das heißt, zum Gefühl gehört hier auch, daß er sich bewegt, daß seine Sinne empfinden und, daß er denkt.

Damit einer sehe, höre, berühre oder Berührung merke, überhaupt mit oder durch seine Sinne etwas empfinde und wahrnehme, muß sein Interesse und seine Aufmerksamkeit geweckt werden, muß er bemerken oder erkennen, muß etwas geschehen und an ihn kommen, daß ihn angeht und bewegt.

Zur Sinnesempfindung gehört auch hier, daß er sich bewegt, daß er fühlt und denkt.

Um sich zu bewegen, braucht er bewußt oder unbewußt mindestens einen seiner Sinne, und in dem er ihn gebraucht, wird er notwendig auch fühlen und denken.

Wird nun eine dieser Komponenten gestört, betrifft das das Gleichgewicht der anderen - es ist schwierig, ohne jegliche Bewegung am Leben zu bleiben, kein Lebenstrieb ist ohne Gefühl möglich - es ist das Gefühl des Erstickens, das uns Atmen macht. Ohne ein Minimum re-

flektorischen Denkens würde nicht einmal ein Käfer alt. "(Feldenkrais 1981)

Ein Kind hat je nach Alter und Lernschritten andere Schwerpunkte aktivierter Gehirnzellen.

Der Physiologe Feldenkrais erklärt das so:

In der oralen Phase, in der die Umwelt hauptsächlich über den Mund erkannt wird, nehmen im Gehirn aktive Zellen der motorischen Region, die für den Bereich "Mund" zuständig sind, einen größeren Platz ein als Zellen, die z.B. für die Aufrichtung des Körpers zuständig sind. Jede neue Funktion verändert dieses Verhältnis wieder und verändert somit auch das Ich-Bild des Kindes bezüglich seiner Fähigkeiten.

Unser Ich-Bild erreicht nach Feldenkrais 5% unseres Potentials. Er erklärt dies anhand der gesellschaftlichen Struktur.

Die Gesellschaft bestimmt, wie weit es erforderlich ist, Kenntnisse zu erwerben, um ein ausreichend funktionierendes Glied dieser Gesellschaft zu sein. Um dem zu entsprechen, sind die Potentiale der Lernfähigkeit des Menschen bei weitem nicht ausgenützt. Durch das Erwerben fachlicher Spezialisierung ergibt sich nur eine einseitige Verschiebung.

Der Mensch ist somit nichts anderes als Gefangener der eigenen Begrenzung. Überdurchschnittliche Begabung ist nach Feldenkrais nicht der Anlage wegen, sondern aufgrund der Weiterentwicklung des eigenen Potentials definiert.

Das Ich-Bild wird sich also immer in den eigens gesetzten Grenzen bewegen. Um dieses Ich-Bild zu vervollständigen, bedarf es nach Feldenkrais einem immer stärkeren Innewohnen im eigenen Körper.

Der zweite Aspekt des Ich-Bildes ist die Selbsteinschätzung. Diese wird bestimmt durch den Wert, den die Gesellschaft einem zuordnet, durch die Bewertungen in der Kindheit und durch die Einschätzung durch die Umwelt. Auch hier geht es darum, die eigene biologische Individualität zu leben und nicht nach aufgesetzten Masken zu handeln.

Gerade in der Körperhaltung, der Art zu sprechen oder zu atmen, oder in der Art des Auftretens kommt das Ich-Bild und die Selbsteinschätzung zutage.

Es besteht eine Differenz zwischen Ich-Bild und Wirklichkeit, die der Maske der Wunschvorstellung entspricht.

Hier setzt Feldenkrais an und sagt, daß systematische Korrektur des Ich-Bildes mehr nützt als die Korrektur einzelner Handlungen.

Diese systematische Korrektur liegt in einer Verstärkung der Einheit von Geist und Körper und der besseren Kenntnis des Körpers.

1.4. Physiologische Grundlagen

Bei Feldenkrais stehen drei Strukturen des Gehirns, Hypothalamus, Limbisches System und Neocortex im Mittelpunkt.

Der Hypothalamus, ein entwicklungsgeschichtlich älterer Teil des Gehirns reguliert die homöostatischen Prozesse im Körper, bestehend aus vegetativen, somatischen und hormonellen Funktionen. Aufrechterhaltung des inneren Milieus und Anpassung des Organismus an wechselnde äußere Bedingungen wie z.B. Kälte- und Hit-

zebelastung werden vom Hypothalamus übernommen.

Das Limbische System ist nach dem Physiologen McLean als "der erste Versuch der Natur ein Bewußtsein zu entwickeln" zu verstehen (McLean 1949). Er bezeichnete diesen Abschnitt auch als viszerales Gehirn, da es im besonderen Informationen aus dem Körperinneren erhält, welche zur Bildung von Gedächtnisinhalten und deren affektiver Tönung wichtig sind. Mächtige reziproke Verbindungen zum Hypothalamus fallen auf.

Das Limbische System steuert das emotionale Verhalten und damit das Motivationsgefüge. Hier wird bewirkt, daß Gefühle und Stimmungen Ausdruck im motorischen Verhalten, in vegetativen und endokrinen Veränderungen finden. Feldenkrais erklärt dieses System als "nach außen gerichteter Ausdruck lebenswichtiger Bedürfnisse, die im Hypothalamus erzeugt werden, um den Körper zu erhalten." Hunger wird als Drang des Hypothalamus gesendet und im Limbischen System werden nun die Aktivitäten entworfen, den Hunger zu stillen.

Das dritte System wird von Feldenkrais als das Supralimbische System bezeichnet, womit er den Neocortex meint.

Der Neocortex ist ein entwicklungsgeschichtlich junger Teil des Gehirns. Hier vermutet Feldenkrais den Teil des Gehirns, der den Menschen vom Tier unterscheidet. Dieses System kann ungeachtet der Signale aus dem Körper handeln, Signale der Umwelt analysieren und neue Handlungsstrategien und Konzepte entwickeln.

Feldenkrais betont die Bedeutung des Limbischen Systems für Emotionen und Gedächtnisbildung und beschreibt den Neocortex als Kontrollinstanz des Limbischen Systems.

Die, von dem, wie Feldenkrais es nennt, Supralimbi-

schen System entworfenen Handlungen, haben eine Verzögerung zwischen Entwurf und Ausführung. Genau hier liegt der Angriffspunkt für Hemmung, Überprüfen und Verzögern. Bei automatisch ablaufenden Handlungen ist dies nicht möglich.

Handlungen, die den zwei älteren Systemen entstammen, laufen automatischer und auch gefühlsverbundener ab. Es kann auch passieren, daß im "Supralimbischen System" ein Handlungsentwurf entsteht und eine andere, manchmal sogar konträr laufende Ausführung von den zwei anderen Systemen übernommen und ausgeführt wird, aufgrund einer Gewohnheit oder weil die neue Version der Handlung zu sehr angstbesetzt ist. Wegen dieser starken Gefühlsverbindung haben die zwei älteren Teile das Kommando übernommen.

Feldenkrais meint, daß nur durch Bewußtheit ein Umlernen alter Handlungsweisen möglich ist. Die Chance hierfür liegt in unserem "Supralimbischen System", das Urteilskraft, Unterscheidungsvermögen und abstraktes Denken ermöglicht.

1.5. Grundlagen der bewegungsorientierten Therapie nach Feldenkrais

Feldenkrais unterscheidet drei Zustände, nämlich Wachen, Schlafen und Bewußtheit. Das Wachen wiederum setzt sich aus vier Bestandteilen zusammen - aus Sinnesempfindung, Gefühl, Denken und Bewegung. Diese vier sind immer miteinander verbunden. "...es ist z.B. unmöglich, sich an etwas zu erinnern - an ein Geschehnis, an einen Menschen, an eine Landschaft, woran auch

immer -, ohne daß mindestens einer der Sinne an der Erinnerung beteiligt wäre. "(Feldenkrais 1981)

"Die Behandlung eines dieser Bestandteile wird notwendig zugleich auch auf die drei anderen wirken und somit auf den ganzen Menschen. In Wirklichkeit kann man einen nicht anders korrigieren als Schritt für Schritt, wobei man sich abwechselnd ihm als einem Ganzen zuwendet und seinen Teilen."(Feldenkrais 1981)

Diese vier Bestandteile des Wachens gehen ineinander über. In der Bewegung liegt der beste Ansatzpunkt um Veränderungen zu bewirken, da diese am zugänglichsten für Veränderungen ist. Feldenkrais sieht die Bedeutung der Bewegung darin, daß das Nervensystem hauptsächlich mit Bewegung im Sinne von Lageempfindung oder Gleichgewichtsorientierung beschäftigt ist. Damit wiederum sind die Komponenten des Fühlens und Denkens verbunden (z.B. für Lageänderung ist Einschätzung des Raumes notwendig).

Von den vier Komponenten des Wachens ist, wie gesagt, die Bewegung am zugänglichsten. Gefühle hingegen sind tabuisierter. Eine Änderung der motorischen Grundlage greift nach Feldenkrais in den Zusammenhalt des ganzen Zustands des Wachens ein und ändert die anderen drei anderen Komponenten.

Feldenkrais betont, daß der Mensch zunächst eine größere Fähigkeit in der Wahrnehmung seiner Bewegung als in der Wahrnehmung seiner Gefühle besitzt.

Ein starker Zusammenhang besteht zwischen der Bewegung und der Selbsteinschätzung. Kinder mit einer körperlichen Behinderung benötigen mehr Kraft zur Selbstentwicklung, da viel Kraft in die Behinderung geht. Schwierigkeiten in der Bewegung können verzerrend auf

das Selbstbild wirken.

Feldenkrais definiert jede Muskeltätigkeit als Bewegung, also auch den Muskeltonus als eine Art der Bewegung. Der in der gesamten Muskulatur bestehende Muskeltonus ist nachgewiesenermaßen bei geisteskranken oder nervösen Menschen, aber auch bei Menschen mit schwankender Selbsteinschätzung verändert.

In den Bewegungen liegt nach Feldenkrais der Spiegel für den Zustand des Nervensystems. Einer sichtbaren Veränderung der Bewegung und Tätigkeiten geht somit eine Änderung im Gehirn und Nervensystem voraus. Diese Änderung im sogenannten "Kontrollzentrum" bleibt nach außen unsichtbar.

Die Spanne von "innen" und "außen" läßt sich leicht an dem Beispiel der Furcht erklären. Furcht wird erst sichtbar, wenn sich z.B. die Gesichtsmuskeln verziehen oder sich der Atemrhythmus verändert. Die Inbereitschaftsetzung aller Muskeln, also der Befehl des Nervensystems, geht dem äußeren Ausdruck voraus.

Diese erste Stufe ist im Gegensatz zum äußeren Ausdruck nicht steuerbar.

Häufig ist die Muskulatur erstes äußeres Zeichen für den zugrundeliegenden Gefühlszustand.

Genauso spiegelt die Atmung Anstrengungen oder Störungen. Ein starker plötzlicher Reiz wird mit Anhalten des Atmens beantwortet. In Angstsituationen wird bei jedem Menschen eine flache Atmung beobachtet.

Feldenkrais lokalisiert die Bezirke für motorische Vorgänge im Gehirn nahe oberhalb der Region für assoziative Vorgänge. Ebenfalls sind Gefühle über assoziative Bahnen damit verbunden. Auf dieser physiologischen Grundlage baut Feldenkrais weiter auf und sagt, daß Haltung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken mit-

einander so sehr verbunden sind, daß sie in jedem Augenblick ein "Ganzes" ergeben und nicht in einzelne Komponenten zerlegt werden können. Mag dieses Ganze noch so kompliziert zusammengesetzt sein: Es ist das integrierte Ganze in jedem Augenblick. Keine Änderung der Muskulatur ohne Änderung im Nervensystem und damit auch ohne Änderung der Konfiguration und des Zusammenspiels aller einzelnen Komponenten, wie Sinnesempfindung, Gefühl oder Denken.

Feldenkrais erklärt dieses Phänomen so: "Da nun die Strukturen im Gehirn in denen Gefühle und Denken vor sich gehen, der motorischen Region der Großhirnrinde sehr nahe sind, und da im Gehirn Erregungen und Impulse dazu neigen, sich auszubreiten und auf benachbarte Gewebe überzugreifen, wird eine drastische Veränderung in der motorischen Region parallele Wirkungen aufs Denken und aufs Fühlen haben." (Feldenkrais 1981)

Erfahrungsberichte zeigen, daß bei allen Körperübungen nach Feldenkrais immer ein großes Gefühlsspektrum mit angesprochen wird.

Feldenkrais erklärt die Wirkung seiner Therapie wie folgt: "Eine grundsätzliche Änderung der motorischen Grundlage stört den Zusammenhang des Ganzen. Gewohnheit hat ihre stärkste Stütze, die Stütze der Muskeln verloren. Jetzt läßt sie sich ändern." (Feldenkrais 1981)

1.6. Ziele der Feldenkrais Körpertherapie

Jeder Mensch befindet sich in zwei Welten - die eigene Realität, die der Außenwelt mit ihrer Realität gegenüber gestellt wird.

Die Richtung der Evolution zielt, den Umfang der Bewußtheit zu erweitern. Bewußtheit definiert Feldenkrais als Bewußtsein in Form eines Wachseins und Erkennen der inneren und äußeren Realität.

Das Ziel dieser Körperarbeit liegt darin, Einflüsse, die vorderhand indirekt und nicht erkennbar sind, in klares Wissen umzuwandeln. Es geht nicht um Stärkung des Willens noch um Erhöhung der Willenskraft sondern um Entwicklung im Sinne von harmonischem Zusammenwirken, von Struktur, Funktion und Leistung. Damit verbunden ist die Befreiung von äußeren und inneren Zwängen.

Im Laufe der Evolution hat sich das Abstraktionsvermögen des Menschen immer schärfer entwickelt. Abstraktionsvermögen als Grundlage z.B. für Sprache, Mathematik und Wissenschaft hat eine Tendenz, die den Menschen von seinen Gefühlen entfernen kann.

Denkstrukturen, die eigentlich mit Gefühlen verbunden sind, werden so durch Umformung in Sprache mehr und mehr aus dem ursprünglichen inneren Zusammenhang gelöst. Denken, das in Worten vor sich geht, schöpft aus einer anderen Quelle, nicht mehr aus alten Gehirnstrukturen.

Spontanes Denken hingegen liegt in älteren Gehirnstrukturen und ist stärker mit Gefühlsstrukturen verbunden.

Solange der Mensch in eigenen Bildern und eigenen Kombinationen denkt, bleibt er im Fluß einer harmonischen Entwicklung. Mit der Entwicklung des Bewußtseins, dem damit verbundenen Abstrahieren und Inbezugsetzen der inneren und äußeren Welt beginnt er sich von einer harmonischen Entwicklung zu entfernen.

"Platte Sätze werden nur dann zu einer förmlich spru-

delnden Quelle von Formen, Figuren und Bezügen, die neue Kombinationen und Entdeckungen ermöglichen, wenn ich von ihrem Sinn meine Gefühle, Sinne und meine Vorstellungskraft reizen lasse, d.h.: wenn ich in Bildern denke, in meinen mir eigentümlichen geistigen Kombinationen."(Feldenkrais 1981)

Bewußtheit ist in der Leiter der Evolution eine relativ neu erklommene Sprosse und deshalb in ihrem Ausprägungsgrad bei den Menschen sehr verschieden.

Ziel vieler Randpsychotherapien ist es, diese Bewußtheit zu schulen.

Feldenkrais beschreibt dies mit einem Gleichnis aus Tibet "...ein Mensch, der sich seiner nicht bewußt ist, gleiche einem Wagen, dessen Fahrgäste die Begierden, dessen Pferde die Muskeln sind, und der Wagen selbst ist das Skelett. Die Bewußtheit ist der schlafende Kutscher. Solange er schläft, wird der Wagen ziellos bald hierhin, bald dorthin gezerrt. Jeder Fahrgast will an ein anderes Ziel, jedes der Pferde zieht in eine andere Richtung. Ist der Kutscher wach und hält die Zügel, so wird er Pferde und Wagen so lenken, daß jeder Fahrgast sein Ziel erreicht. In den Augenblicken, da es der Bewußtheit gelingt, mit Gefühl, Sinnesempfindung, Bewegung und Denken gemeinsame Sache zu machen, wird der Wagen seine Straße halten und auf ihr leicht und schnell vorankommen.

Das sind die Augenblicke, in denen Entdeckungen gemacht werden, in denen einer erfindet, schöpft, Neues schafft, erkennt. In ihnen begreift er: seine kleine Welt und die große um ihn sind eins, und in dieser Einheit ist er nicht mehr allein."(Feldenkrais 1981)

Durch das Bild mit dem Wagen kann man verstehen, was in Menschen vor sich geht, bei denen die Harmonie zwi-

schen Fahrgästen und Kutscher, also zwischen Begierde und Bewußtheit gestört ist. Es besteht innere Zerrissenheit, Ziellosigkeit, Verwirrung, die sich individuell in Neurosen äußern kann. Der Ansatz von Feldenkrais' Körpertherapie mit dem Ziel, Bewußtheit zu wecken, verfolgt das Ziel, diese innere Zerrissenheit und Verwirrung zu beseitigen und damit potentielle oder existierende Neurosen zu heilen.

1.7. Zu den Übungen

Feldenkrais' Übungen dienen dazu, die Fähigkeiten auszubauen, selbstgesetzte körperliche Grenzen zu überschreiten und damit ein Schärfen der Sinnesempfindung zu erreichen. Um zu Lernen bedarf es keiner Kraft, sondern einer Steigerung des "Hinfühlens".

Die Übungen werden nicht mit Anstrengung sondern mit Aufmerksamkeit auf Atmung, Körperempfindung oder Gefühl gemacht. Mit der Zeit wird ein feineres Gespür dafür entwickelt, den Körper wahrzunehmen, sowie Veränderungen des Körpers oder der Sinnesempfindungen zu beobachten.

Wichtig bei den Übungen ist die Verbindung von Denken und Handeln. Während der Patient den Anweisungen zuhört, soll er gleichzeitig diese ausführen. Dabei wird gelernt, keine Kraft zu vergeuden, sondern die nötige Energie einzusetzen. Als fester Anhaltspunkt dient die Atmung, auf die bei jeder Übung geachtet wird.

Die Übungen werden mit variabler Geschwindigkeit meist auf dem Boden oder einer Matte liegend ausgeführt.

Das im folgenden angeführte Übungsbeispiel ist wörtlich aus M. FELDENKRAIS "Bewußtheit durch Bewegung" (Feldenkrais 1981) übernommen, um einen genauen Eindruck der Übungen zu vermitteln.

Am Ende der einzelnen Übungen werden die Erfahrungen mehrerer Testpersonen kurz zusammengefaßt.

1.7.1 Übungsbeispiel

Unterscheidung der Teile und Funktionen beim Atmen

Was Sie in dieser Lektion lernen werden:

Die Bewegungen Ihrer Rippen, des Zwerchfells und des Unterleibs zu erkennen, die Ihr Atmen ausmachen; diese Bewegungen einander richtig anzupassen, um tief und leicht atmen zu können;

den Unterschied zu erkennen zwischen der Zeit, die Sie zum Ein-, und der, die Sie zum Ausatmen brauchen;

daß der Atmungsvorgang sich der Körperhaltung anpaßt, je nachdem, wie der Körper sich zur Schwerkraft verhält;

daß die unteren Rippen sich mehr bewegen als die oberen und am Atmen mehr als diese beteiligt sind;

daß Sie leichter und in einem gleichmäßigeren Rhythmus atmen, wenn der Körper ohne bewußte Anstrengung aufrecht gehalten ist, d.h. wenn sein ganzes Gewicht vom Knochenbau getragen wird.

1.7.1.1. Ausgangslage

Legen Sie sich auf den Rücken, strecken Sie die Beine aus, die Füße auseinander. Stellen Sie die Knie auf. Ihre Fußsohlen werden jetzt wie beim Stehen auf dem Boden ruhen, die Füße auseinander. Bewegen Sie mehrmals die Knie zu- und voneinander, bis jedes Knie auf einer Linie steht mit seinem Fuß, wobei diese Linie zwischen der großen und der zweiten Zehe beginnt und durch die Mitte der Ferse führt. Um in dieser Stellung zu stehen, bedarf das Knie keiner Muskelkraft.

1.7.1.2. Atmung und Brustvolumen

Atmen Sie ein; füllen sie ihre Brust so weit mit Luft auf, wie Ihnen ohne Unbehagen möglich ist. Viele Menschen atmen, ohne dabei den Abstand zwischen Brustbein und Wirbelsäule zu ändern. Statt also das Volumen, den Rauminhalt ihrer Brust deren Bau gemäß zu vergrößern, höhlen sie ihren Rücken, d. h. sie heben den ganzen Brustkorb vom Boden, einschließlich der Lenden und Kreuzgegend, so daß ihr Brustvolumen einzig durch die Bewegung der falschen Rippen vergrößert wird. Während der Brustkorb sich weitert und das Brustbein sich von der Wirbelsäule wegbewegt, beobachten Sie, ob ihre Wirbelsäule in der ganzen Länge des Brustkorbs den Boden berührt. Versuchen Sie nicht, sie zu Boden zu drücken, machen Sie keinerlei Anstrengung. Füllen Sie einfach die Lunge mit Luft, beobachten Sie, wie die Brust sich hebt und ob gleichzeitig die Wirbelsäule gegen den Boden gedrückt wird oder nicht.

Unterbrechen Sie die Bewegung. Warten Sie ab, bis Sie Atem holen müssen, und fangen Sie dann von vorne an. Wiederholen Sie das mehrmals.

1.7.1.3. Atembewegung ohne zu atmen

Wenn Sie das getan haben und die Bewegung Ihnen klar geworden ist, versuchen Sie, die Brust wie vorhin zu heben, aber ohne einzuatmen, d.h. machen Sie mit der Brust die Bewegungen des Ein- und Ausatmens, aber ziehen Sie dabei keine Luft ein und atmen Sie auch keine aus. Wiederholen Sie das mehrmals, bis Sie das Bedürfnis spüren, Atem zu holen. Aufhören und ausruhen.

Wenn Sie diese Folge von Bewegungen fünf- oder sechsmal wiederholt haben, prüfen Sie Ihre Atmung. Inwiefern hat sie sich seit dem Beginn der Übung geändert.

Test-Erfahrung: Der Brustraum fühlt sich weiter an.

1.7.1.4. Das Volumen des Unterleibes vergrößern

Die Ellenbogen auf dem Boden, legen Sie die Fingerspitzen auf den Bauch. Warten Sie ab, bis sich Ihre Lungen mit Luft gefüllt haben. Halten Sie den Atem an und pressen Sie, ohne auszuatmen, die Brust so zusammen, als ob Sie die Luft ausstoßen wollten. Der erhöhte Luftdruck wird den Druck im Unterleib stärker machen. Dieser Druck kann abwärts gelenkt werden, gegen den Afterring hin. Indem die Luft abwärts gedrückt wird in die Gegend unterhalb des Nabels, wird der untere Teil des Bauchs sich runden wie ein Fußball.

Beobachten Sie, daß Ihre Hände, indem der Bauch anschwillt, emporgetragen und ein wenig seitwärts bewegt werden. Der Inhalt des Unterleibs ist sozusagen flüssig. Daher kann sich der Druck in ihm ziemlich gleichmäßig nach allen Richtungen hin verteilen. Den meisten aber gelingt es bei dieser Übung zunächst nicht, ihren Unterbauch nach allen Richtungen auszuweiten - es sei denn, ihr Rücken und ihre Hüften sind stark und gut entwickelt. Eher werden sie ihre Rücken- und die Muskeln in der Hüftgegend anstrengen, bis sich die Lendenwirbel vom Boden heben. Achten Sie daher darauf, daß sich der Druck im Bauch nach allen Richtungen gleichmäßig verteilt, auch rückwärts, gegen den Boden hin. Wenn Sie das einmal können, so werden Sie finden: wenn Sie den Bauch abwärtsstoßen, gegen die Füße hin, so werden Sie zugleich ausatmen. Ruhen Sie sich aus und beachten Sie, inwiefern sich die Art Ihres Atmens und der Atembewegung geändert hat.

Test-Erfahrung: die Atembewegungen sind fließender

1.7.1.5. Wippbewegung

Lassen Sie Ihre Lungen sich mit Luft füllen und halten Sie den Atem an. Ohne ein- oder auszuatmen, pressen Sie - wie vorhin - die Brust zusammen und weiten Sie den Unterleib aus. Weiten Sie jetzt die Brust aus und ziehen Sie den Bauch ein; wiederholen Sie diese abwechselnde Bewegung so lange, wie Sie den Atem anhalten können. Es fällt nicht schwer, diese Wippbewegung von Bauch und Brust fünf- oder sechsmal zu wie-

derholen, als ob Bauch und Brust die beiden Schalen einer Waage wären, die eine steigt, wenn die andere sich senkt.

1.7.1.6. Bewegungen des Zwerchfells

Wiederholen Sie die Übung fünf- oder sechsmal. Dann machen Sie sie noch einmal, jetzt aber so schnell, wie es Ihnen ohne Unannehmlichkeit möglich ist. Wenn die Wippbewegung von Brust und Bauch genügend schnell gemacht wird, so werden Sie in der Gegend zwischen Rippen und Nabel eine Bewegung, am Ende auch einen gurgelnden Ton wahrnehmen. Irgend etwas ändert dort seine Lage und drückt abwechselnd aufwärts in der Richtung des Kopfes und abwärts gegen die Füße hin. Was sich da bewegt, ist das Zwerchfell. Für gewöhnlich werden wir uns des Zwerchfells gar nicht bewußt, aber bei dieser Übung können wir seine Lage im Körper indirekt erkennen, ohne von seinem wirklichen anatomischen Platz etwas zu wissen.

1.7.1.7. Völlig symmetrische Wirbelsäule

Ein symmetrisches Rückgrat ist eine Seltenheit. Bei den meisten ist es in der Schultergegend gegenüber der Beckengegend seitwärts gekrümmt und infolgedessen sind alle Bewegungen auf und nach der einen Körperseite hin leichter auszuführen als auf bzw. nach der anderen. In frühen Jahren, wenn das Kind aufs Geratewohl eine große Vielfalt von Bewegungen ausführt, macht das nicht viel aus. In reifen Jahren aber neigt der Mensch

dazu, eine beschränkte Anzahl Bewegungen zu wiederholen (manche tun es oft stundenlang) und andere Bewegungen zu vernachlässigen. Der Körper gewöhnt sich an diese beschränkte Anzahl Bewegungen, der Knochenbau paßt sich ihnen an, und diese Änderungen führen schließlich zu krummer Haltung.

1.7.1.8. Die Mitte spüren

Sie liegen weiterhin auf dem Bauch. - Es ist wichtig zu wissen, ob die Brust, wenn Sie sie weiten, den Boden zuerst genau mit der Mitte des Brustbeins berührt und ob der Bauch seinerseits dann zuerst seine Mitte an den Boden preßt. Das zu erkennen, ist gar nicht so leicht, denn unser Beobachtungsvermögen ist gerade in diesen Dingen meistens ungenügend entwickelt. Einer mag glauben, sein Körper liege symmetrisch auf dem Boden, die linke Hälfte genau wie die rechte, während ein Beobachter deutlich sehen kann, daß dies ganz und gar nicht der Fall ist. - Versuchen Sie's trotzdem ein paarmal.

Fahren Sie damit fort. Lassen Sie aber jetzt, wenn Sie die Brust weiten, die linke Seite des Brustkorbs stärker und deutlicher gegen den Boden drücken, den Bauch dann seiterseits mit seiner rechten Seite zuerst. Dabei wird sich der ganze Rücken jetzt schräg bewegen; vom rechten Hüftgelenk gegen die linke Schulter hin. Nach 25 solchen Bewegungen wiederholen Sie die vorhergehende Übung; prüfen Sie, ob Brust und Bauch sich jetzt mit ihrer Mitte zuerst auf den Boden legen, und beachten Sie, ob und was sich in ihrem Gefühl geändert hat, wo diese "Mitte" sei. Machen Sie nun 25

Bewegungen in der anderen Richtung:

Lenken Sie die rechte Brust- und die linke Bauchseite gegen den Boden und beachten Sie bei jeder einzelnen Bewegung, wie klar sich die Mitte jetzt erkennen läßt. Drehen Sie sich auf den Rücken. Machen Sie die Wippbewegungen mit Brust und Bauch und beobachten Sie, wie stark sich jetzt die Brust bewegt. Achten Sie auf das Gefühl der Erleichterung. Können Sie spüren, an welchen Teilen des Oberkörpers die Bewegung angenehmer, leichter ist und was dieses Gefühl der Erleichterung erzeugt?

Test Erfahrungung: Diese Übung wurde von den Testpersonen als anstrengend beschrieben. Erst im Laufe der Übung wurden die Bewegungen fließender. Es wurde über eine stärkere emotionale Beteiligung als in den vorherigen Übungen berichtet.

1.7.1.9. Wippbewegungen in der Seitenlage

Legen Sie sich auf die rechte Seite, strecken Sie den rechten Arm über den Kopf und legen Sie den Kopf auf den Arm. Greifen Sie den Kopf mit der linken Hand, und zwar so, daß die Finger an der rechten Schläfe sind und der Handteller oben auf dem Kopf. Heben Sie mit Hilfe der linken Hand den Kopf seitwärts, so daß sich dabei das linke Ohr der linken Schulter nähert. Den Kopf so gehoben, weiten Sie Ihren Brustkasten nach allen Richtungen aus und ziehen Sie den Bauch ein; wei-

ten Sie dann den Unterleib nach allen Richtungen aus und pressen Sie dabei den Brustkasten zusammen; beobachten Sie beide Male die Bewegungen der Rippen an den beiden Seiten: rechts wird der Boden die Rippen daran hindern, sich auszuweiten, die Brust wird sich daher jetzt nur links ausdehnen und das Auffächern der linken Rippen wird den Kopf ein wenig gegen den rechten Arm hin zurückdrücken. Wiederholen Sie diese Bewegung 25 mal. Legen Sie sich dann auf den Rücken und versuchen Sie zu spüren und sich klarzumachen, welche Partien des Rückens sich gesenkt haben und jetzt mit dem Boden deutlicher in Berührung sind als zuvor. Legen Sie sich jetzt auf die linke Seite und machen Sie die entsprechenden Bewegungen 25 mal.

Test-Erfahrung: Beim Ausruhen nach dieser Übung fühlt sich die linke Rippenseite und das linke Becken schwerer am Boden liegend an. Auch der untere Teil der Brustwirbelsäule hat mehr Kontakt zum Boden.

1.7.1.10. Wippbewegungen in der Rückenlage

Legen Sie sich auf den Rücken; heben Sie die Schultern vom Boden und stützen Sie sich dabei auf beide Hände und Vorderarme, die parallel zu Ihrem Körper am Boden liegen. Ihr Oberkörper wird jetzt in einem schrägen Winkel zum Boden sein, der Kopf und die Schultern frei. Senken Sie den Kopf, bis das Kinn das Brustbein berührt. Machen Sie in dieser Stellung abermals 25 Wippbewegungen mit Brust und Bauch. Legen Sie sich auf

den Rücken und ruhen Sie sich aus. Setzen Sie sich wieder auf wie vorhin; auf Ellbogen, Vorderarme und Hände gestützt. Lassen Sie diesmal den Kopf rückwärts fallen und das Kinn sich dabei vom Brustbein so weit wie möglich entfernen. Machen Sie wieder 25 Wippbewegungen mit Brust und Bauch und beobachten Sie dabei die Bewegung Ihres Rückgrats. Legen Sie sich auf den Rücken und beachten Sie Ihre Atmung: eine Besserung sollte jetzt klar zu spüren sein, die Atmung leichter und tiefer sein.

Test-Erfahrung: Es breitet sich das Gefühl aus, in die Matratze zu versinken, die Atmung ist tiefer und ruhiger.

1.7.1.11. Wippbewegungen im Knien

Knien Sie sich hin, mit den Knien weit auseinander, den Füßen gestreckt und auf einer Geraden mit den Unterschenkeln, (die Zehennägeln dem Boden zugekehrt). Senken Sie den Kopf, bis die Schädeldecke den Boden vor Ihnen berührt. Legen Sie die Handteller zu beiden Seiten des Kopfes auf den Boden und lassen Sie sie einen Teil des Gewichtes tragen, um den Kopf vor übermäßigem Druck zu bewahren. Füllen Sie Ihren Brustkasten mit Luft und ziehen Sie den Bauch ein; drücken (oder ziehen) Sie den Brustkasten zusammen und weiten Sie wiederum den Bauch aus; wiederholen Sie die Wippbewegungen 25 mal. Während Sie diese Übung machen, beachten Sie, daß der Körper während Sie den Brustkasten ausdehnen, sich in der Richtung des Kopfes vorwärtsbewegt und der Kopf selbst dabei eine kleine Rollbewe-

gung auf dem Boden macht; daß das Kinn sich zurückbewegt gegen das Brustbein hin und daß die Nacken- und Rückenmuskeln sich dehnen und spannen, während das Rückgrat sich ein wenig höherwölbt. Wenn andererseits der Bauch gefüllt wird, verlagert sich das Becken ab- und rückwärts, als wären Sie im Begriff, sich auf Ihre Fersen zu setzen. Der Rücken ist dann weniger gewölbt, und die Lendenwirbel bilden in der Kreuzgegend eine Höhlung. Wiederholen Sie die Übung 25 mal, legen Sie sich dann auf den Rücken und beachten Sie die Änderungen in Ihrer Atmung und in der Art, wie Ihr Rücken jetzt mit dem Boden in Berührung ist.

Test-Erfahrung: Becken und Schultern liegen breiter der Unterlage auf.

1.7.1.12. Wirkung der Wippbewegungen auf die Atmung

Die Wirkung auf die Atmung wird diesmal größer sein als zuvor. Bei aufrechter Haltung sind die Lungen und der übrige Atmungsapparat gleichsam aufgehängt und werden von ihrem eigenen Gewicht in die tiefstmögliche Stellung niedergezogen. Beim Einatmen braucht man dann Kraft, um die Brust zu heben, damit die Lungen sich ausweiten können. In der letzten Übung, während der die Schädeldecke auf dem Boden ruhte, werden die Lungen durch ihr Eigengewicht gegen den Kopf hin gezogen; daher bedarf es zum Einatmen keiner Kraft; wohl aber muß jetzt beim Ausatmen Arbeit geleistet werden, um die entleerte Lunge in ihre Stellung zurückzuheben. Bedenken Sie auch, daß in den Lungengeweben selbst keine Muskeln sind, daß also die Lungen von den Mus-

keln der Rippen, des Zwerchfells und des Bauchs bewegt werden. Ist es Ihnen jemals aufgefallen, daß wir bei der uns gewohnten aufrechten Haltung zwar rasch ein-, aber langsam ausatmen? Beim Sprechen z.B. sind die Pausen, die wir zum Atemholen machen müssen so kurz, daß sie kaum zu bemerken sind. Wir sprechen während des langen Ausatmungsvorgangs, der unsere Stimmbänder bewegt. Wenn wir hingegen den Kopf wie vorhin auf den Boden stützen, ist es das Ausatmen, das kurz, und das Einatmen, das lang ist. - Machen Sie den Versuch und beobachten Sie es an sich selbst.

1.7.1.13. Ein- und Auswärtswölbung des Rückgrats und Beckenbewegung

Knien Sie sich hin, die Knie auseinander. Stützen Sie sich auf Kopf und Hände wie vorhin. Schieben Sie das linke Knie ein wenig näher zum Kopf hin, aber lassen Sie das rechte Knie, wo es ist. Wiederholen Sie die Wippbewegungen von Brust und Bauch. Wenn Sie die Brust weiten, wird sich der Körper ungefähr wie bisher gegen den Kopf hin bewegen; aber wenn Sie den Bauch weiten und das Becken sich gegen eine Sitzstellung hin rückwärts bewegt, wird es sich jetzt nur gegen die rechte Ferse hin bewegen, und die Hüften werden sich gegenüber den Schultern abdrehen. Beobachten Sie die zwei gleichzeitigen, verschiedenen Bewegungen der Wirbelsäule: Auswärtswölbung und Höhlung wie vorhin, aber auch eine Drehbewegung des Beckens nach links und nach rechts im Verhältnis zu den Schultern. Nach 25 solchen Bewegungen legen Sie sich auf den Rücken, ruhen Sie

sich aus und beachten Sie die Änderungen in ihrem Brustkorb, in ihrer Atmung und in der Art, wie Ihr Rücken den Boden berührt.

Test-Erfahrung: Die rechte Körperhälfte liegt mehr der Unterlage auf, die untere Brustwirbelsäule liegt stärker am Boden, wenn bei der Übung das linke Knie vorne ist.

Knien Sie abermals hin und machen Sie wieder 25 Wippbewegungen mit Brust und Bauch, diesmal jedoch mit dem rechten Knie näher zum Kopf als dem linken. Beachten Sie den Unterschied in der Beckenbewegung gegenüber der von vorhin. Versuchen Sie die Hauptursache dieses Unterschieds zu entdecken. Gelingt es Ihnen nicht, so werden Sie doch mit der Zeit lernen, wenn Ihr Vermögen, Bewegungen zu beobachten und zu unterscheiden, gebessert sein wird.

Test-Erfahrung: Der Körper fühlt sich ausgeglichener an. Die Übung selbst ist schwerer, wenn das rechte Knie vorne ist, die Bewegung ist vermeintlich ungelenker. Bei der Ruhelage auf dem Rücken meint man, daß die rechte Seite tiefer läge.

1.7.1.14. Den Rücken breiter machen

Setzen Sie sich auf den Boden, die Knie genügend weit auseinander, um in der Mitte die Füße Fußsohle an Fuß-

sohle zu legen, sie sozusagen zu falten, so daß sie sich symmetrisch decken. Legen Sie sich die rechte Hand an die linke Seite der Brust, auf die unteren Rippen und die linke Hand auf die unteren Rippen an der rechten Brustseite, gleichsam als ob Sie sich selber umarmten. Senken Sie den Kopf, weiten Sie den Brustkasten aus, ziehen Sie den Bauch ein und machen Sie die Wippbewegung. Beobachten Sie, wie sich Ihre Rippen hinten, am Rücken unter Ihren Fingern auffächern. Vorne weitet die Brust sich nicht aus, da ein Teil ihrer Muskulatur für die "Umarmung" beansprucht wird. Diesmals also haben sich die Lungen hauptsächlich durch das Auffächern der unteren Rippen im Rücken ausgeweitet. Das ist die wirksamste Atembewegung, denn sie geschieht dort, wo die Lungen am breitesten sind. Machen Sie 25 solche Bewegungen. Beobachten Sie Ihre Rückenrippen: bewegen sie sich nach wie vor?

Stehen Sie langsam auf. Beachten Sie, ob Ihr Körper jetzt mehr aufgerichtet ist, aufrechter als vorher. Die Haltung ihrer Schultern dürfte sich sehr verändert anfühlen. Prüfen Sie ihre Atmung: sie wird ohne Zweifel besser sein als sonst. Die Besserung, die Sie durch praktische Arbeit erreicht haben, bedeutet einen Schritt in der gewünschten Richtung. Durch das bloße Verstehen des Atmungsapparats wäre eine solche verbesserte Atmung nicht zu erzielen gewesen.

Test-Erfahrung: Beim Aufstehen nach der Übung hängen die Schultern lockerer, die Körpermitte ist deutlich im Bauch als ein Gefühl des Zentriertseins zu spüren.

1.8. Diskussion der Feldenkrais Therapie

Feldenkrais` Übungen ermöglichen dem Patienten einen neuen Körperkontakt zu erfahren.

Der Ausübende wird geschult, auf Veränderungen im eigenen Körper achten zu lernen und somit das Spektrum der Körpersensibilität zu erweitern.

In der Übungsanleitung fällt eine deutliche subjektive Beeinflussung auf, besonders wenn es sich um die Beobachtungen der Körperveränderungen handelt. Der Patient bleibt dadurch nicht unbeeinflusst seinen eigenen körperlichen Empfindungen und Veränderungen überlassen, sondern wird in eine gewisse Richtung gedrängt. Der Versuch anatomische Erklärungen für einzelne Übungsschritte zu geben ist in seinen Grundlagen nicht fundiert genug.

Fraglich ist auch, ob die Übungsanleitungen nicht ein zu hohes intellektuelles Auffassungsvermögen voraussetzen. Sicherlich wird hier, wie von Feldenkrais gewünscht, ein Schulung von Aufnahmevermögen und Reaktionsvermögen erreicht, inwieweit ein psychisch Kranker hierfür überhaupt empfänglich ist, bleibt unbeantwortet. Ein Patient, der weder im Zugang zu seinem Körper, noch im Beobachten seiner Gefühle Übung hat, wird von den Übungsanleitungen wahrscheinlich überfordert sein.

Die ungewohnten Körperübungen bereiten dem Ausübenden zunächst Schwierigkeiten. Erst wenn der Bewegungsablauf fließender wird, scheint ein neues Bewegungsmuster gelernt zu sein. Von Feldenkrais` Theorie ausgehend ist die neue Körperwahrnehmung nach einer Übung durch die Veränderung des ganzen Wachzustandes zu erklären, der durch eine Veränderung auf der motorischen

Ebene auch eine Veränderung im Ganzen erfahren hat. Es wird in dieser Therapieform zu wenig Beachtung auf das notwendige Gespräch zwischen Patient und Therapeut gelegt. Eine gezielte Arbeit zur Bearbeitung psychischer Traumata wird nicht beschrieben.

Die Übungen allein scheinen nicht umfassend genug, um damit eine ausreichende Therapie von Neurosen oder Psychosen zu erzielen. Die Therapie bietet jedoch eine Menge guter Übungen, die in den Verlauf anderer Psychotherapien eingebaut werden könnten, um die auf intellektueller und emotionaler Ebene ablaufenden Prozesse auch auf körperlicher Ebene zu unterstützen.

2. Bioenergetik

Die Bioenergetik, eine Körpertherapie entwickelt von Alexander Lowen, basiert auf dem Gedankengut Wilhelm Reichs, der der Lehrer und Analytiker Alexander Lowens war. Besonders Reichs Erklärungen über Neurosenentwicklung bilden eine Grundlage dieser Körpertherapie. Es wird der "ökonomische Faktor" der Energieladung und Energieentladung eines Menschen beschrieben.

Kommt diese Energiebilanz durcheinander, führt dies unter anderem zu Muskelverspannungen und Muskelpanzern, in denen überschüssige Energie gebunden wird, die sich nicht entladen kann. Ein neurotischer Mensch wahrt sein Gleichgewicht, indem er seine Energie durch Muskelverspannungen bindet und damit jegliche Erregung oder Entladung abwürgt.

Lowens Weiterentwicklung dieser Thesen führte zu folgender Grundlage der Bioenergetik:

"Die Bioenergetik ist eine therapeutische Methode, die dem Menschen hilft, wieder zu seinem Körper zurückzufinden und das Leben des Körpers möglichst weitgehend auszukosten".(Lowen 1979)

"Das Leben eines Menschen ist das Leben seines Körpers. Da der lebende Körper Geist, Lebensgeist und Seele einschließt, dient man dem Geist, dem Lebensgeist und der Seele, indem man das Leben des Körpers voll auslebt."(Lowen 1979) "Das Ziel der Bioenergetik ist, den Menschen wieder zu ihrer ersten Natur, zu ihrer Primärnatur zu verhelfen: Zum Zustand der Freiheit, Anmut und Schönheit."(Lowen 1979)

Lowen vertritt den Standpunkt, daß die energetischen Prozesse des Körpers das geistige Geschehen genauso bestimmen wie das körperliche.

2.1. Lebenslauf Alexander Lowens

Alexander Lowen wurde 1910 in New York geboren, er studierte Rechtswissenschaft und arbeitete seit 1934 als Rechtsanwalt. Schon während dieser Zeit befaßte er sich mit der Beziehung zwischen Körper und Geist und den Wirkungen körperlicher Betätigungen auf den Geisteszustand des Menschen.

1940 lernte er Wilhelm Reich kennen und begann 1942 eine Therapie bei ihm, welche er ein Jahr fortlaufend betrieb. 1944 wurde die Therapie für ein Jahr auf Anraten Reichs unterbrochen und Lowen besuchte in dieser Zeit Kurse an der Medizinischen Fakultät New York. Die Weiterführung der Therapie begann im Herbst 1945 mit dem Abschluß derselben nach einigen Monaten.

Danach praktizierte Lowen zwei Jahre lang als Therapeut, ging anschließend nach Genf und promovierte 1951 in Medizin.

Als er 1952 nach Amerika zurückkehrte, begann er mit D. John C. Pierrakos und Dr. William B. Walling seine gemeinsame therapeutische Arbeit, die 1956 zur Gründung des "Institute for Bioenergetik Analysis" führte. Nach Reichs Tod im Jahr 1957 nahm Lowen seine Therapie wieder auf, da er sich im Bereich seines Sexuallebens immer noch zu sehr mit Spannung handelnd sah.

Da er zu keinem anderen Reich'schen Therapeuten gehen wollte, entschloß er sich zu einer Gemeinschaftstherapie mit J.C. Pierrakos, aus der sich dann die Bioenergetik entwickelte.

Diese Therapie dauerte drei Jahre. Ihr Schwerpunkt lag weniger auf Lockerung und Abbau von Muskelverspannung wie bei Reich, sondern mehr auf Hingabe an sexuelle Regungen. In dieser Zeit wurden die bioenergetischen

Grundstellungen entwickelt.

Die zweite Phase der Thearapie brachte Lowen mehr in Kontakt mit seinen Gefühlen wie Trauer, Zorn, Wut aber auch Lebensfreude und Bewußtheit.

Die Änderungen, die er erfuhr, waren tiefgreifend. Er fühlte sich nach gewisser Zeit nicht mehr zerschlagen, verlor seine Angst vor Schmerz, der für ihn eine Art Spannung war, die, wenn er sich ihr hingab, gelöst und abgebaut werden konnte.

1958 veröffentlichte Lowen die Studie "The Physical Dynamics of Character Structur" (Die körperliche Dynamik der Charakterstruktur). Sie behandelt die Charaktertypen und dient als Grundlage für die Charaktertherapie in der Bioenergetik.

2.2. Das Energiekonzept in der Bioenergetik

Reich postulierte die Existenz einer fundamentalen kosmischen Energie, die er Orgon nannte. Auch in anderen Philosophien existieren ähnliche Energievorstellungen. In der chinesischen Philosophie z.B. finden sich zwei entgegengesetzte Energien Yin und Yang als Polaritätsverhältnis, das unter anderem die Grundlage zur chinesischen Akkupunktur bildet.

Alle diese Energien sind nicht mit der elektrischen Energie im Sinne der Physik gleichzusetzen, sondern meinen ganz allgemein eine variable, sich in Veränderung befindende Kraft. Die Persönlichkeit eines Menschen wird als Ausdruck dieser Energie gesehen. Jeder Mensch hat verschiedene Potentiale an Energie und geht verschieden damit um. Ein impulsiver Mensch ist z.B. nur schwer imstande, steigende Erregung und

Energie zurückzuhalten, ein Mensch mit Zwangsneurose "sitzt" sozusagen auf seiner Energie und entlädt Spannung und Erregung innerhalb starrer Verhaltens- und Bewegungsmuster.

An der Persönlichkeit des depressiven Menschen kann der Begriff des Energiehaushaltes erläutert werden. Filmuntersuchungen haben gezeigt, daß ein depressiver Mensch nur halb soviel spontane Bewegungen macht wie ein nichtdepressiver. Er klagt häufig über Mattigkeit und sein gedrückter Energiespiegel äußert sich laut Bioenergetik in der Abnahme aller energetischer Funktionen. Bioenergetischer Therapieansatz wäre in diesem Fall der Versuch durch Körperübungen den Energiespiegel zu steigern.

Der lebende Organismus kann nach Lowen nur dann harmonisch existieren, wenn ein Gleichgewicht zwischen Energieladung und -entladung besteht. Entspricht der Selbstaussdruck eines Menschen der jeweiligen Situation, verschafft die Entladung der Energie Befriedigung und Lust. In so einem Zustand funktionieren die unwillkürlichen Lebensprozesse optimal. Die Hemmung der Fähigkeiten eines Menschen, seines Selbstaussdrucks, seiner Ideen und Gefühle durch äußere Einflüsse oder innere, wie z.B. chronische Muskelverspannungen, hat als Folge, daß seine Lustkapazität schrumpft. In so einem Fall von Hemmung wird der Betreffende unbewußt seine Energieaufnahme vermindern, um die Energiebilanz des Körpers auszugleichen.

Ladung und Entladung, als zusammenhängender Prozeß wird von der Bioenergetik benutzt, um den Energiespiegel eines Menschen auszugleichen. Es werden Wege zum Selbstaussdruck durch Bewegung oder Stimme erschlossen und somit der Gefühlsfluß wieder herge-

stellt. Lowen behauptet nicht, dieses Ziel vollständig zu erreichen, aber er sagt dazu: "Die Bioenergetik löst einen Prozeß des Wachstums aus, der in die betreffende Richtung führt."

Die grundlegende Annahme der Bioenergetik besagt: Der Mensch ist mit seinem Körper so sehr verbunden, daß der Körper ausdrückt, wer er ist.

Geist, Seele, Körper sind auf der Ebene realen Lebens dementsprechend verknüpft, daß ein Teil ohne den anderen nicht existieren kann. Was ein Mensch fühlt, läßt sich am Ausdruck seines Körpers ablesen. Emotionen sind eher die "Motionen" des Körpers.

Die Lebenseinstellung, der persönliche Stil spiegelt sich in der Haltung, im Gang, in der Art der Gestik und der Bewegungen. Ein Mensch mit aufrechtem und souveränem Gang unterscheidet sich sofort von einem Menschen mit gebeugtem Rücken und hängenden Schultern. Mit diesen Grundsätzen zeigt Lowen, wie sehr er versucht, mit seiner Therapie den Menschen als Ganzes zu erfassen.

2.3. Geist - Lebensgeist - Seele

Die Trennung von Körper und Geist ist das Produkt menschlichen Denkens. Sie werden als zwei Einheiten betrachtet, die zwar einander beeinflussen, aber nicht unmittelbar zusammenhängen.

Hier greift Lowen die Psychoanalyse an, die bei dem Versuch, dem Patienten bei der Bewältigung seiner Probleme zu helfen, den Körper ganz ignoriert.

Die Patienten lernen sehr viel über ihren Zustand, sammeln viele Informationen, aber erst wenn Wissen mit

Gefühl und mit körperlicher Empfindung gekoppelt wird, wird es zu Verständnis und ist imstande, strukturierte Verhaltensmuster zu ändern.

"Der Geist sollte auf den Körper achten"(Lowen 1979), ist eine der wichtigsten Regeln der Bioenergetik. Hierbei dient der Geist, womit der Verstand gemeint ist, als wahrnehmendes und reflektierendes Organ. Durch ihn werden Gefühle, Wünsche und Begierden übermittelt. In dem Moment, wo Handlungen nicht von eigenen Gefühlen sondern von anderen Personen beeinflusst werden, "steht man geistig nicht auf eigenen Füßen", wie Lowen dies nennt.(Lowen 1979)

Wer seinen Geist nicht auf seinen Körper konzentrieren kann, fürchtet sich davor, Gefühle zu empfinden. In dem Moment, wo Gefühle bedrohlich sind, werden sie meistens unterdrückt. Dieser Mechanismus äußert sich in Muskelverspannungen, welche verhindern, daß in der betreffenden Körperregion Erregungsflüsse stattfinden. Diese Unterdrückung von Gefühlen, schwächt den Erregungszustand des Körpers. Die Hauptfunktion und meiste Energie des Geistes geht nun dahin, die Kontrolle zu behalten und dies geht notwendigerweise auf Kosten der Lebensenergie.

Zur Definition der Seele gibt Lowen keine eindeutige Antwort. Die Vorstellung einer vom Körper unabhängigen Einheit steht im Widerspruch zu Lowens Bioenergetik, dennoch läßt er diesen Widerspruch als solchen bestehen. Lowens Definition der Seele lautet "das Bewußtsein oder die Gefühle des Menschen zu einer größeren, einer universellen Ordnung zu gehören". Lowen sieht den Menschen nicht als isoliertes Phänomen. Er meint, daß die Energie des Körpers mit der Energie des Kosmos verbunden ist. Diese Energien be-

einfließen sich gegenseitig. Mit wachsendem Bewußtsein in der Entwicklung nimmt der Mensch eine immer umfassendere Beziehung auf und erweitert diese wie konzentrische Kreise.

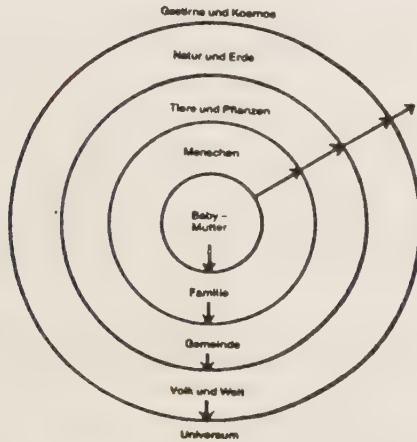


Abb.1: Stufenweise Erweiterung des Beziehungsumfeldes
Lowen 1979

Der Organismus entfaltet sich langsam und öffnet sich der Welt. Am Ende dieses Wachstums steht die Identifikation mit dem Kosmos und der damit verbundene Verlust der Individualität.

"Man könnte sich vorstellen, daß die Energie des freien Organismus aus dem sterbenden Körper entweicht, um sich mit der universellen kosmischen Energie zu vereinigen." (Lowen 1979)

2.4. Die Sprache des Körpers

Die Körpersprache ist das Sichtbarwerden der Psyche. Die körperliche Erscheinung eines Menschen kann mehr Informationen enthalten als dessen Sprache.

Die Einheit Körper-Seele wird deutlich bei Menschen, die z.B. durch einen Unfall einen schweren körperlichen Schaden erlitten haben. Solche körperlichen Veränderungen beeinflussen den psychischen Zustand eines Patienten. Eine, in dieser Reihenfolge dargestellte Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche, wird von der Schulmedizin akzeptiert. Umstritten jedoch sind psychischen Auswirkungen auf das körperliche Geschehen.

Die Bioenergetik nimmt eine ebenso große Wirkung der Psyche auf den Körper, wie des Körpers auf die Psyche an.

Der Sprache des Körpers legt Lowen einzelne wichtige Kommunikationswege zugrunde.

Er beschreibt die "Kommunikationswege des Herzens" über Kehle und Mund, wie es besonders beim Kleinkind beobachtet wird oder später durch den Kuß als Ausdruck der Liebe.

"Eine zugeschnürte Kehle"- "ein steifer Nacken" können jedes Gefühl daran hindern, nach außen zu fließen. Dann ist der Mensch in seinem Gefühlsleben relativ isoliert und von der Außenwelt abgeschnitten. Zum anderen findet das Gefühl Ausdruck über Arme und Hände. Eine Mutter streichelt ihr Kind, um ihre Liebe auszudrücken. Ist dieser Fluß des Herzens in die Hände blockiert, zeigt sich dies in verkrampften und verspannten Schultern.

"Schulterverspannungen entstehen, wenn man Angst davor

hat, nach etwas zu greifen oder die Hände auszustrecken. Spannungen in den kleinen Handmuskeln entwickeln sich, wenn man den Impuls unterdrückt, zu ergreifen, zu packen, zu umklammern oder zu würgen."(Lowen 1979)

Lowen glaubt hier, eine Ursache für rheumatische Arthritis zu sehen und beschreibt Fälle, wo es Patienten gelang, akute arthritische Schübe durch bioenergetische Übungen mit den Händen zu unterbrechen. Der dritte Weg des Herzens läuft durch das Becken zu den Genitalien.

Sexualität als Ausdruck des Gefühls hat einen anderen Aspekt als Sexualität um der Befriedigung willen.

"Sex ohne Gefühl ist wie Essen ohne Appetit", sagt Lowen.(Lowen 1979)

Ist der Fluß des Herzens gestört, wird er schwer Ausdruck in der Sexualität finden. Auch der Körper spiegelt diesen Zustand. Der Atem kann nicht fließen und bleibt meist auf den oberen Brustkorb beschränkt.

Geblockte Gefühle äußern sich nach bioenergetischer Ansicht in chronischen Muskelverspannungen.

Löst der Therapeut diese mit einer kombinierten physischen und psychischen Therapie, gibt er dem Patienten die Chance, mit seinen Gefühlen in Verbindung zu treten und eine Einheit von Körper und Gefühl zu finden.

"Isoliere ich mich von meinen Gefühlen", sagt Lowen, "isoliere ich mich auch von der Liebe zu mir selbst, zu meinen Mitmenschen, zur Natur und dem Kosmos und somit von der Grundlage des Flusses meiner Lebensenergie."(Lowen 1979) Lowens Therapieziel ist es, dem Menschen bei der Entwicklung der Fähigkeit Liebe zu geben und zu empfangen, zu helfen.

"Die Behandlung soll das Herz erweitern nicht nur den Geist".(Lowen 1979)

Der Körperkontakt zwischen Therapeut und Patient zählt in der Bioenergetik zu den wichtigsten Richtlinien. Durch die Berührung des Therapeuten spürt der Patient, daß dieser für ihn "sorgt", sich engagiert,-ein Gefühl, das negativ oder positiv besetzt mit Erinnerungen aus frühester Kindheit verbunden ist.

Das Berühren des Therapeuten dient, die Kontaktschranken zu überwinden. Nach Lowen soll es einen Fluß von Wärme und Freundlichkeit zulassen. Die persönlichen Gefühle des Therapeuten dürfen sich dabei nicht einschleichen.

Der Körper wird so zum Kommunikationsmittel. Das Gesicht gilt in der Bioenergetik als Mittelpunkt der Kommunikation nach außen. Hier spiegeln sich Stimmungen und Reaktionen. Die Hände ermöglichen den körperlichen Kontakt zur Umwelt.

In der Körpertherapie Lowens geht es darum, den Patienten zu "erspüren".

Dies wird durch die Kenntnis der Körpersprache ermöglicht. Um Körpersprache zu verstehen, muß man in ständigem Kontakt mit dem eigenen Körper stehen und sich der Botschaften, die er sendet, bewußt werden. Jeder gute Therapeut erweitert und vertieft diese Fähigkeit in seiner eigenen Therapie. Lowen beschreibt, daß allein das Nachahmen der Körperhaltung eines anderen, die mit dieser Haltung verbundenen Gefühle bewußt machen kann. Eine Überlegung, die bereits bei Feldenkrais beschrieben wurde.

2.5. Das energetische Grundprinzip

Viele der Körpertherapien bauen ihre Kasuistik auf einem energetischen Grundprinzip des menschlichen Körpers und der Psyche auf. Das physische und psychische Leben wird als Ausdruck und Manifestation dieser Grundenergie verstanden. Ein harmonischer Lebenszustand wird durch den ungeblockten Fluß dieser Lebens- bzw. Grundenergie verstanden. In diesem Modell wird eine Dualität zwischen besagter Grundenergie, die in ihrer Ausdrucksform der menschlichen Psyche entspricht und dem Körper geschaffen. Körper und Psyche sind in dieser Dualität durch eine sich beeinflussende Wechselwirkung miteinander verbunden.

"Energie" meint in der Bioenergetik den Fluß der Lebenskraft, die Lebendigkeit eines Körpers, die Ausdrucksfähigkeit oder Ausstrahlung. Energie an sich ist neutral. Dementsprechend wofür die Energie benützt wird, ob für Freude oder Traurigkeit, Lebendigkeit oder Depression entsteht die Wertung.

Lowen beschreibt Energie, die im Fluß und nach außen gerichtet ist, bereit zu Kommunikation und Aufnahme, als Energie, die von einem Menschen als positiv empfunden wird. Unterdrückte Energie ist nicht im Fluß, stockt im Körper, verursacht unter anderem Muskelverspannungen und wird als unangenehm, als Schmerz oder Angst empfunden.

Lowen sieht den Energiefluß eines Menschen ausgehend von einem psychischen Mittelpunkt in verschiedene Richtungen fließend. Er bezeichnet dies als "Kommunikationswege des Herzens". Der Begriff Herz ist bei Lowen mit dem von Freud geprägten Begriff des "Ich" gleichzusetzen. Diesem "Herz" bzw. "Ich" stellt

er das Ego gegenüber, welches dem von Freud definierten "Über-Ich" entspricht. Die Energiewege des Herzens, also die Kommunikationswege des "Ichs" beschreibt Lowen einerseits als nach oben zum Kopf und zu den Armen fließend. Das sind die Teile des Körpers, die zu Kommunikation und zum Aufnehmen dienen. Andererseits sieht er diese Wege nach unten fließend zu den Ausscheidungs-, Geschlechtsorganen und Beinen, den Teilen des Körpers, die für Lowen die Funktion der Freisetzung haben.

In diesen Bahnen des Energieflusses kommt es durch Angst und psychische Anspannung zu Engen und Blockaden. Diese Engen sind bevorzugt im Hals und in der Taille. "Der Kloß im Hals", "der Stein im Magen" sind nach Lowen offensichtlich Ausdruck des stockenden Energieflusses. Die meisten dieser Blockaden werden erst während der Therapie bewußt und spürbar.

Erstrebtes Ziel der Bioenergetik liegt im Gleichgewicht der Aufnahme und Freisetzung der Energie, nicht nur in der alleinigen Versorgung des Organismus mit Energie. Ist dieses Gleichgewicht gestört, wird der Zusammenhalt des ganzen brüchig.

Durch vermehrtes tiefes Atmen, das in vielen Übungen der Bioenergetik angewandt wird, wird der Organismus aus seinem Gleichgewicht gestoßen. Durch dieses Lockern der Abwehr- und Verdrängungsmechanismen werden die verschiedensten Gefühle wie Angst, Zorn, Trauer, Wut oder Freude an die Oberfläche geholt.

2.6. Das Lustprinzip und die Angst

Lowen beschäftigt sich in der Theorie der Bioenergetik

mit den Gegensätzen der Lust und der Angst. Er meint, daß in der Wechselwirkung zwischen Lust und Angst die Grundlage menschlicher Verhaltensmuster liegt. Nach seiner Ansicht besteht ein Aktion-Reaktion-Mechanismus: Der Griff nach Lust wird mit Entzug und Enttäuschung oder Strafe beantwortet, es folgt die Angst und schließlich der Abwehrmechanismus, der sich darüber setzt, um die Angst zu vertreiben.

Je nach der Schwere der Enttäuschung oder Strafe, aber auch abhängig von der Persönlichkeit des einzelnen, kann der eingeübte Abwehrmechanismus zu einem Energieblock und damit pathologisch werden. Je nach Frustrationstoleranz reagiert der Mensch verschieden auf diese Aktion-Reaktion-Folge. Daraus entstehende pathologische Mechanismen sind Muskelverspannungen, Somatisierung oder Neurosenentwicklung.

Lowen nennt die Lust die "Primärorientierung" des Lebens (Lowen 1979). Der gesunde Organismus strebt nach Wohlergehen und öffnet sich in diese Richtung. Wo Schmerz droht, versucht er sich zurückzuziehen.

"Wenn eine Situation jedoch Lust verspricht und gleichzeitig Schmerz androht, empfinden wir Angst." (Lowen 1979)

Hier zeigt sich die Verbindung von Lust, Schmerz und Angst. Dann folgt der bereits beschriebene Aktion-Reaktion-Mechanismus bis hin zur Entstehung des Abwehrmechanismus, der seinerseits den Impuls nach Lust zu greifen, blockiert. Für Lowen steht der Begriff Lust im Sinne von Expansion, Öffnen des Körpers des Individuums zur Umwelt, Öffnen für Kommunikation, Bereitschaft zur Aufnahme von Impulsen. Man könnte Lust als eine Art von "Öffnen für das Leben" oder "soziale Lebensfähigkeit" betrachten.

Für dieses "Öffnen" teilt Lowen dem menschlichen Körper sechs Hauptmedien, für den Kontakt zur Umwelt zu.

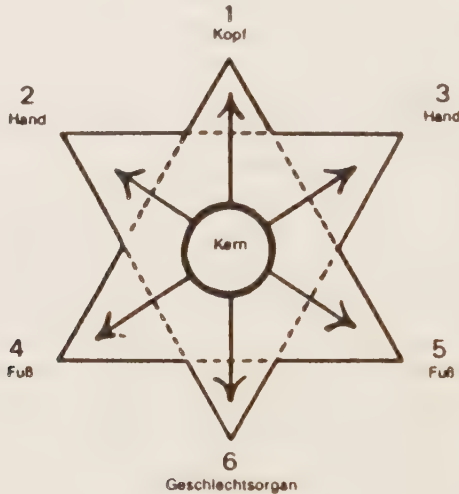


Abb.:2 Die 6 Hauptmedien der Kommunikation
(Lowen 1979)

Vom "Kern der Lebensenergie" geht der Energiefluß zu allen sechs Hauptmedien, über die eine Art energetische Wechselwirkung mit der Außenwelt möglich ist. Dieser Fluß ist gestört, wenn an diesen Punkten Blockaden sitzen. Zorn, der sich in Schlägen ausdrücken würde, wird durch Muskelverspannungen in den Schultern gehemmt. Deshalb blockiert unterdrückter Zorn die Kommunikationswege zu den Armen. Bioenergetische Übungen versuchen, solche Blockaden zu lösen.

2.7. Die Charakterkunde Lowens

Die Charakterkunde Lowens entwickelte sich auf Grund der Überlegung, daß die physische Manifestation der bekannten Abwehrmechanismen sich in bestimmten körperlichen Erscheinungen widerspiegelt.

Lowen betont, daß hier auf keinen Fall eine Einteilung von Menschen stattfinden soll, sondern es sich lediglich um eine Einteilung der Abwehrmechanismen handelt. Es wird nicht möglich sein, den sogenannten "reinen Typen" zu finden, da es sich immer um Mischtypen handelt, weil meist mehrere Abwehrmechanismen vermischt sind. Lowen beschreibt fünf verschiedene Typen, den schizoiden, den oralen, den psychopathischen, den masochistischen und den rigiden Typ.

Für jeden Typus definiert er eine Persönlichkeitsstruktur (a), einen bioenergetischen Grundzustand (b) und eine typusspezifische Körpererscheinung (c).

Der schizoide Typ:

- (a) Begrenztes Selbstgefühl, schwaches Ich, reduzierter Körperkontakt.
- (b) Energie fließt nur unzureichend vom Kern nach außen, innere Ladung gestaut und eingefroren.
- (c) Schmäler, zusammengezogener, verkrampfter Körper, Hauptspannung in Schultern, Beinen, Becken, Zwerchfell.

Der orale Typ:

- (a) Mangelnde Selbständigkeit, Klammertendenz, verminderte Agressivität, unterdrückte Sehnsuchtsgefühle.
- (b) Im Kern eingefrorene Energie mit nur schwachem Fluß nach außen.
- (c) Groß, schlank, unterentwickelte Muskulatur, dünne Arme und Beine, kleines Becken.

Der psychopathische Typ:

- (a) Leugnen von Gefühlen, Drang nach Macht, Angst gesteuert zu werden.
- (b) Energiefluß vermehrt in oberer Körperhälfte, Spannungen in Zwerchfell und Taille, gestörter Energiefluß zwischen oberer und unterer Körperhälfte.
- (c) Stark entwickelte obere Körperhälfte, hyperflexibler Rücken.

Der masochistische Typ:

- (a) Unterwürfigkeit mit darunter verborgenem Haß, Negativismus, Feindseligkeit, Überlegenheitsgefühle.

- (b) Stark energetisch aufgeladen, Ladung wird mit allen Mitteln zurückgehalten.
- (c) Kurzer, dicklicher, muskulöser Körper, starke Körperbehaarung.

Der rigide Typ:

- (a) Stolz, Unnahbarkeit, Nachgeben wird als Unterwerfung empfunden, Betonung der Realität als Abwehr gegen Streben nach Lust.
- (b) Starke Ladung in Gebieten, die der Kommunikation dienen mit Eindämmung in der Peripherie, Hauptspannung in langen Muskeln des Körpers.
- (c) Gut proportioniert, Lebhaftigkeit des Körpers.

Lowen betont immer wieder, daß die therapeutische Behandlung nicht auf Grund der Charakterkunde erfolgen darf, sondern immer auf das Individuum bezogen bleiben muß. Die Charakterkunde steht im Hintergrund, um die Probleme des Patienten besser zu verstehen.

Die Charakterstruktur, die ein Patient entwickelt, stellt den besten Kompromiß dar, den der Betreffende auf Grund der kindlichen Lebensumstände eingehen konnte.

Kurzgefaßt beschreibt Lowen folgende Psychodynamik der einzelnen Typen:

Schizoid = Existenz gegen Bedürfnis

Oral = Bedürfnis gegen Unabhängigkeit

Psychopathisch = Unabhängigkeit gegen Nähe

Masochistisch = Nähe gegen Freiheit

Rigid = Freiheit gegen Kapitulation vor der
Liebe

Um den jeweiligen Grundkonflikt der einzelnen Persönlichkeit zu lösen, muß der Gegensatz zwischen den oben genannten Wertegruppen gelöst werden.

Als weiteren Punkt postuliert Lowen gewisse Grundrechte jedes Lebewesens, bei deren Beschneidung der Mensch durch die Kompromißbildung einen bestimmten Charaktertyp oder Mischtyp entwickelt.

Diese Grundrechte sind folgende:

Das Recht seine Bedürfnisse zu befriedigen.

Das Recht selbständig zu sein.

Das Recht auf Unabhängigkeit.

Das Recht zu wünschen und zu begehren.

Das Recht seine Wünsche unmittelbar und offen zu befriedigen.

Im Laufe der Therapie soll der Patient zu den Stufen zurückgehen, in denen diese Rechte beschnitten wurden und durch therapeutische Führung zu dem Gefühl gelangen, ein Recht zu haben, auf dieser Welt zu sein, seinen Bedürfnissen Ausdruck zu geben und seine Energie dafür einzusetzen, diese zu befriedigen.

2.8. Die bioenergetische Therapie

Die bioenergetische Therapie wird von Lowen als Expedition zum eigenen Ich bezeichnet. Der Therapeut dient als Führer.

Grundlegende Voraussetzung, die Lowen von ihm fordert, ist, daß er der Persönlichkeitstheorie kundig sein muß, um mit therapeutischen Problemen, wie Widerstand, Übertragung und den anderen bekannten Mechanismen umgehen zu können.

Er muß ein Gefühl für den Körper erlernt haben und dessen Sprache verstehen können.

Ziel ist es keineswegs, nach Beendigung der Therapie von sämtlichen Muskelspannungen befreit zu sein, dazu wäre keine Therapie fähig, da das tägliche Leben laufend neue Spannungen setzt.

Ein Grundsatz der Bioenergetik lautet ähnlich den Grundsätzen anderer Körpertherapien: "Änderungen der Persönlichkeit können durch Änderungen im Ablauf der körperlichen Funktionen ermöglicht werden, sei es durch tieferes Durchatmen, erhöhte Motilität oder umfassenderen und freieren Selbstausdruck." (Lowen 1979) Lowen faßt seine Erfahrungen, die er in den vielen Jahren eigener Therapie machte, in folgender These zusammen: "Therapie leitet einen Wachstums- und Entwicklungsprozeß ein, der nie endet; die Arbeit mit dem Therapeuten legt das Fundament für diesen Prozeß. Außerdem setzt sie innerhalb der Persönlichkeit Kräfte in Gang, die alle Aspekte des Ich, des Selbst, des Bewußtseins, des Selbstausdrucks und der Selbstbeherrschung intensivieren und erweitern; die Kräfte wirken nicht nur auf der bewußten sondern auch auf der unbewußten Ebene. Träume stellen eine Manifestation dieser Kräfte auf unbewußter Ebene dar. Auf der bewußten Ebene muß sich der Betreffende um stetigen Wandel, d.h. um fortgesetztes Wachstum und kontinuierliche Entwicklung bemühen." (Lowen 1979)

Im Laufe der Therapie entwickelt der Patient lt. Lowen eine Empfänglichkeit für energetische Strömungen. Die Fähigkeit zu empfinden und sich auszudrücken wird verstärkt. Damit verbunden geht eine Erweiterung der Persönlichkeit und ihrer Ausdrucksmöglichkeiten einher. Lowen arbeitet in seiner bioenergetischen Therapie mit

verschiedenen teils aus der traditionellen Psychoanalyse bekannten Methoden.

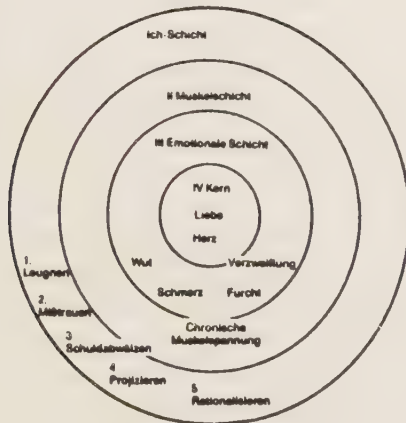


Abb.:3 Therapeutische Arbeitsmöglichkeiten innerhalb der Persönlichkeitsstruktur (Lowen 1979)

Die Ich-Schicht benützt die bekannten Abwehrmechanismen wie Leugnen, Projektion, Schuldabwälzen, Mißtrauen, Rationalisieren und Intellektualisieren.

Eine Schicht weiter in der Muskelschicht liegen die Muskelverspannungen, die diese Abwehrmechanismen stützen und gleichzeitig die darunter liegende Schicht der Gefühle abdichten, damit diese nicht nach außen brechen. In dieser emotionalen Schicht setzt Lowen Gefühle wie Wut, Panik, Schreck, Trauer und Schmerz an. Darunter, noch eine Ebene tiefer, liegt der Kern, das

"Herz", Mittelpunkt der Lebensenergie dem energetischen Grundprinzip folgend.

Rein analysierende Therapie bleibt auf die äußere Schicht beschränkt. Dem Menschen wird geholfen, die Kenntnis seiner Persönlichkeit zu erweitern, Mechanismen der Projektion, des Leugnens oder Rationalisierens zu erkennen. Lowen meint, daß dieses Bewußtsein allein nicht genügt, die unter der Muskelschicht verpanzerten Gefühle hochzuholen.

Körperorientierte Therapien zielen in erster Linie auf die dritte Schicht, die Schicht der Gefühle. Hier erfährt der Patient Wut, Trauer, Schmerz oder andere unterdrückte Gefühle. Mit Hilfe von Schreien als Ausdrucksform will Lowen in seinen Übungen einen explosionsartigen Reinigungseffekt in Bewegung setzen. Er meint, daß mit Schreien zunächst zweierlei bewirkt wird: Die chronische Muskelstarre löst sich vorübergehend, und es wird die Schicht der Ich-Abwehr für eine zeitlang durchbrochen.

Der Intellekt versucht mit aller Kraft, die äußere Schicht der Abwehrmechanismen zu schützen. Der Zusammenhalt der Schichten wird für eine zeitlang gelöst und der Patient kann auf der Ebene der sonst verdrängten Gefühle agieren. Patienten, die bei diesen Übungen in Kontakt mit der Ebene der Gefühle kommen, erleben nach solchen Übungen meist tiefe Entspannung.

Lowen betont, wie wichtig es ist, auf allen drei in Abb.3 beschriebenen Ebenen zu arbeiten. Würde der Patient allein mit dem Ausagieren der Gefühle arbeiten, würde zwar ein Reinigungsprozeß beginnen, der aber nicht in einen Wachstumsprozeß münden kann, da die Integration der Gefühle in die Gesamtpersönlichkeit fehlen würde. Es geht nicht darum, verdrängte Gefühle zu

beseitigen, sondern ihrer bewußt zu werden und sie dann mit Hilfe analysierender Arbeit als Teil des Selbst zu akzeptieren. Die bioenergetische Arbeit erfolgt vor allem in der zweiten Schicht, der Muskelschicht, die so die Verbindung zwischen den zwei anderen berührten Schichten darstellt. Bei der unmittelbaren Arbeit mit der Muskelschicht kann man mit Leichtigkeit in die erste Schicht der Abwehrmechanismen oder die dritte Schicht der Gefühle eindringen. Durch Aufweichen der verkrampften Muskelpanzer wird das darunter verborgene Gefühl mobilisiert. Auf diesem Wege dringt der Therapeut in die dritte Ebene der Gefühle ein. Das anschließende Gespräch mit dem Patienten und das Analysieren des in der Übung erfolgten Gefühlsausdrucks ermöglicht, die Arbeit in der ersten Schicht, der der Abwehrmechanismen abzuschließen.

Lowen beschreibt den Menschen, dessen Abwehrhaltungen geschmolzen sind. Die Schichten sind weiterhin vorhanden, aber nicht abwehrend sondern harmonisierend. Impulse, Reaktionen oder Aktionen sind mit dem Kern des Menschen verbunden und Gefühle wie Trauer, Zorn, Freude und Liebe finden ungehemmt Ausdruck.

Lowen sagt dazu: "Das Grundmerkmal dieses Menschen würde Ausgeglichenheit sein nicht Unausgeglichenheit; seine Grunstimmung würde Wohlbefinden sein. Er würde je nach den Umständen Freude oder Kummer empfinden können, wäre aber in all seinen Reaktionen ein im wahrsten Sinne des Wortes herzlicher Mensch." (Lowen 1979)

Lowen betont, daß dies ein Idealbild und nicht der garantierte Endzustand seiner Therapie ist.

In einer graphischen Darstellung würde diese Persönlichkeitsstruktur folgendermaßen aussehen:

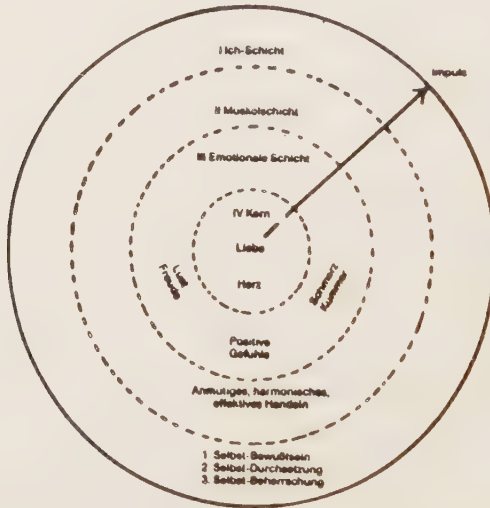


Abb.:4 Modell einer Persönlichkeitsstruktur ohne Abwehrhaltungen (Lowen 1979)

2.8.1. Übungen der Bioenergetik

Die bioenergetischen Übungen eignen sich für Gruppen- und Einzeltherapie.

Entspanntes Atmen in den Bauch ist bei allen Übungen wichtig. Meist wird mit einer Sequenz von drei oder vier Übungen wiederholt gearbeitet. Da die Übungen kein zu erreichendes Ziel anstreben, sind die Erfahrungen, die auch bei wiederholter Anwendung gemacht werden, jedesmal verschieden. Es ist wichtig, immer die Möglichkeit zum Gespräch mit dem Patienten anzubieten, damit das Erlebte auch auf intellektueller Ebene verarbeitet werden kann. Lowen beschreibt seine Therapie "als einen Weg des Wachstums und keinen Endzustand". (Lowen 1979)

2.8.1.1. Erden

Das Erden ist die Grundübung der Bioenergetik.

Die Beine stehen schulterbreit auseinander, die Zehenspitzen schauen sich etwas an, so daß die Füße leicht nach innen gedreht werden.

Die Knie sind leicht gebeugt, die Augen werden offen gehalten, der Blick geht in die Ferne ohne etwas zu fixieren, den Bauch locker lassen und nicht einziehen. Der Mund ist leicht geöffnet, der Unterkiefer soll leicht nach unten hängen. Es wird durch den Mund in den Bauch geatmet.

Die Überlegung zu dieser Übung ist, daß der Kontakt, den ein Mensch zum Boden hat, seiner Verbundenheit zur Realität gleichzusetzen ist.

Ein Energiefluß bei dieser Übung drückt sich in

Vibrieren und Zittern der Beine aus.

Diese Übung wird meist als erste Übung erlernt und kann im weiteren Therapieverlauf zwischen andere Übungen eingeschoben werden, um immer wieder den Kontakt zur Realität herzustellen.

2.8.1.2. Der Bogen



Abb.: 5 Der Bogen (Lowen,A. und Lowen,L. 1979)

Der Bogen ist eine Übung, die Aussagen über Spannungen im Körper macht. Spannungen und Schmerzen, die bei dieser Übung im unteren Rücken auftreten können, deuten auf chronische Verspannungen in dieser Gegend hin. Wenn man bei dieser Übung entspannt ist, ist nur in

den Knöcheln und Füßen eine Anstrengung zu spüren, da hier das Gewicht des Körpers gehalten wird.

Mit Hilfe dieser Übung sollen die Verspannungen in diesem Bereich gelöst werden.

Man steht mit den Füßen ungefähr 50 cm auseinander, die Zehen leicht nach innen gedreht. Dann werden beide Fäuste auf die Hüften gelegt und die Knöchel nach oben gerichtet. Beide Knie sollen soweit es möglich ist gebeugt werden, ohne die Fersen vom Boden zu heben.

Der Patient soll sich über die Fäuste nach hinten lehnen und mit dem Gewicht auf den Fußballen bleiben, dabei tief in den Bauch atmen.

Lowen meint, daß die Art des Bogens Informationen über das Zentrum des Körpers, vorhandene Blockaden und über die Persönlichkeit des Patienten geben kann.



Abb.:6 Der korrekte Bogen (Lowen 1979)

Hier stellt sich die korrekte Beugehaltung in dieser Übung dar. Das Zentrum der Schultern befindet sich senkrecht über dem Zentrum der Füße. Dazwischen bildet sich ein perfekter Bogen, der durch das Zentrum des Hüftgelenks läuft.

Energetisch gesehen ist der Körper in dieser Übung von Kopf bis Fuß aufgeladen. Die Beine beginnen auf Grund der energetischen Ladung zu vibrieren.



Abb.:7 Der Bogen bei starrer Persönlichkeitsstruktur
(Lowen 1979)

Diese Abbildung zeigt Menschen mit einer starren Grundhaltung. Sie können ihren Körper nicht beugen oder biegen. Die Linie zwischen Schwerpunkt der Schultern und Schwerpunkt der Füße ist fast gerade.

Diese Menschen können ihre Knöchel nicht beugen, da viel zu viel Spannung im unteren Teil ihres Rückens herrscht.



Abb.:8 Der Bogen bei ungestützter Persönlichkeitsstruktur (Lowen 1979)

Auf dieser Abbildung ist der gegenteilige Zustand zu sehen, nämlich die übermäßige Flexibilität mancher Menschen.

Der Rücken beugt sich zu stark durch und weist auf eine Schwäche der Rückenmuskulatur hin. Übertragen gesehen kann man es als "mangelndes Rückgrat" ausdrücken.

In dieser Körperhaltung findet man nachgiebige Persönlichkeiten. Manchmal verursacht die Haltung des Bogens bei dem aufmerksamen Beobachter das Gefühl, daß der Betreffende jeden Moment durchbrechen könnte.



Abb.:9 Der Bogen bei gespaltener Persönlichkeitsstruktur (Lowen 1979)

Diese Abbildung zeigt eine weitere mögliche Fehlhaltung. Der Knick in der Bogenlinie wird durch ein zurückgezogenes Becken verursacht.

Jemand, der in dieser Haltung steht, würde, sobald er versucht sein Becken vorzuschieben, seine Knie gerade machen. Der Körper ist nicht im Fluß und auch die Integrität der Persönlichkeit ist gestört, die Persönlichkeit ist gespalten.

2.8.1.3. Beckenübungen

Übungen mit dem Becken dienen dazu, den Energiefluß der Sexualität in Gang zu bringen.

Menschen, die sich im natürlichen Ausdruck ihrer Sexualität nicht frei fühlen und über Schwierigkeiten berichten, haben meist Schwierigkeiten mit der Beweglichkeit ihres Beckens. Es ist in einer bestimmten Stellung fixiert, der Beckenboden ist angespannt und das Becken kann nicht locker schwingen. Die folgenden Übungen versuchen, im bioenergetischen Sinne Energie im Körper in Bewegung zu bringen, was sich in der Entwicklung spontaner Beckenbewegungen zeigt.

Das Ansammeln von Energie erfolgt während der Übung, die Entladung dann in den folgenden spontanen Bewegungen.

Der Patient liegt mit angewinkelten Knien, die Füße flach und parallel auf dem Boden, der untere Rücken wird gewölbt und dabei das Becken gegen den Boden gepreßt.

Die Atmung soll in den entspannten Bauch erfolgen.

Bei der Ausatmung kippt das Becken leicht nach vorne, indem es gegen die Füße gedrückt wird. Dabei wird das Becken ein wenig angehoben.

Als nächstes wird eingeatmet und dabei das Becken zurückgeführt, der Rücken aufgewölbt und das Becken gegen den Boden gepreßt.

Einatmung: Bauch heraus, Becken zurück.

Ausatmung: Becken nach vorn, Bauch hinein.



Abb.:10 Becken- und Atemübung (Lowen,A. und Lowen,L.
1979)

Falls sich die Bauchdecke während dieser Übung anspannt, wird das Becken mit den Bauchmuskeln anstatt mit Füßen und Schenkeln gehoben. Zusammengekrampfte Pobacken während das Becken nach vorne kommt, schneiden die Empfindungen in den Beinen ab. Nur wenn die Füße nicht vom Boden abheben, ist das Becken frei beweglich.

2.8.1.4. Übungen für Selbst- und Gefühlsausdruck

Die im folgenden beschriebenen Übungen dienen dem Ausdruck von Gefühlen.

2.8.1.4.1. Treten

Der Patient liegt auf einer Matratze. Die Beine sind ausgestreckt und werden locker gehalten. Es soll mit ausgestreckten, aber nicht starren Knien rhythmisch

auf die Matratze getreten werden, wobei der Aufschlag mit Fersen und Waden gelandet wird. Am Anfang leicht, dann soll die Übung mit verstärkter Kraft und beschleunigter Geschwindigkeit durchgeführt werden. Um die Übung noch kraftvoller zu machen, soll das Wort "Nein" während des Tretens gerufen werden. Das "Nein" sollte so lange wie möglich gehalten werden und mehrere Male während der Übung wiederholt werden.



Abb.:11 Tretübung (Lowen,A. und Lowen,L. 1979)

Oft wird in dieser gerade beschriebenen Übung abrupt angehalten, genau in dem Moment, wo in dem reinen Tun eine emotionale Beteiligung entsteht. Patienten, die in diesem Moment den Mut haben, die aufkommenden Gefühle zuzulassen und bewußt zu erleben, haben hier eine Chance, in Kontakt mit Wut und Aggression zu

kommen und diese durch die Übung in kатарthischer Weise durcharbeiten.

Ein Mensch, der sich seiner Wut und Aggression bewußt ist, wird auch mit diesen Gefühlen aufmerksamer umgehen. Um mit Lowens Worten zu reden, wird auch seine Wut in Verbindung mit seinem Herzen stehen. Jemand, der sich dieser Gefühle nicht bewußt ist oder sie zu verdrängen versucht, wird immer explosionsartig und unbewußt mit diesen Gefühlen herausbrechen oder sie konstant gegen sich wenden.

Die Übung des Tretens kann variiert und ausgebaut werden. Der Aufschlag kann mit dem ganzen Bein erfolgen. Zu dem Beinschlag kann ein rhythmisches Hämmern mit Unterarmen oder Fäusten hinzugefügt werden.

Die zu sprechenden Worte können beliebig variiert werden.

2.8.1.4.2. Ausdruck von Wut oder Zorn

Der Patient stellt sich vor ein Bett am besten mit Schaumgummimatratze, so daß er weder sich selbst noch dem Bett Schaden zufügen kann. Dies ist eine wichtige Übung für diejenigen, die unter Verspannungen im Schultergürtel leiden. Diese Verspannungen kommen zum größten Teil von einer Hemmung, mit den Armen zuzuschlagen.

Es gibt verschiedene Varianten dieser Übung. Die Füße sind ungefähr 50 cm auseinander, die Knie leicht eingeknickt. Die Hände zu Fäusten geballt, werden über den Kopf gehoben. Die Ellenbogen sollen soweit wie möglich hinter den Kopf geführt werden. Dann schlägt

man mit beiden Fäusten kräftig aber entspannt aufs Bett, ohne die Bewegung zu forcieren.

Bei dieser Übung ist es wichtig, mit Worten zu arbeiten wie "nein", "ich will nicht" oder sonstigen der Situation entsprechenden Ausdrücken.

Mit diesen beschriebenen Übungen wird lediglich versucht, eine kurze Übersicht über die verschiedenen Möglichkeiten und Arbeitsmöglichkeiten der Bioenergetik zu geben.

Was in den Beschreibungen fehlt, ist die Arbeit des Therapeuten, der mit Intuition, Erfahrung und Wissen den Patienten begleitet. Der Teil der Bioenergetik, in dem Lowen mit seinen Patienten redet und das in den Übungen Geschehene analysiert, ist wichtiger Bestandteil der bioenergetischen Arbeit. Schulung und Befähigung hierzu fordert Lowen von jedem Bioenergetik-Therapeuten.

2.9. Diskussion

Die Bioenergetik baut auf Lowens Erfahrungen und Eigenexperimenten auf. Durch seine vorausgegangene eigene Therapie bei Reich und das darauffolgende Medizinstudium verfügt er über gute Voraussetzungen eine Körpertherapie zu entwickeln. In seinen Büchern ist Reich als sein Lehrer und Therapeut oft zu erkennen.

Die hinter der Therapie stehende Theorie scheint manchmal nachzuhinken, was nicht verwundert, wenn man die rein empirische Entstehensbasis in Betracht zieht. Es besteht die Gefahr, daß vieles unverständlich, un diskutierbar und auf metaphysischen Ebenen bleibt.

Durch die auf persönlichen Erfahrungen basierende Entwicklung der Therapie und durch experimentelle Eigen-therapie liegen die Schwerpunkte der Therapie dort, wo Lowen selbst versuchte, an sich zu arbeiten.

Manche Punkte wie zum Beispiel das Thema der Sexualität scheinen deshalb überbetont. Berücksichtigt man aber Lowens Theorie in welcher Sexualität mehr als Ausdrucksform der Lebensenergie gesehen wird, kann man die Betonung dieses Themas verstehen. Deutlich wird dennoch, daß es sich auch bei dieser Therapie schwerpunktmäßig mehr um eine Möglichkeit der Selbstfindung, Bewußtseinserweiterung und Selbstannahme als um eine reine Neurosentherapie handelt. Lowen postuliert einen eher ethisch spirituellen Therapieansatz. Sein Ziel liegt mehr darin "über die Fähigkeit Liebe zu entwickeln und zu empfangen" (Lowen 1979) die Lebensqualität zu verbessern als Neurosen zu therapieren.

Von den hier beschriebenen Randpsychotherapien steht Lowens Therapie dem Gedankengut der klassischen Psychoanalyse und Persönlichkeitstheorie am nächsten. Lediglich durch die Feststellung des energetischen Grundmodells entfernt er sich von diesem Gedankengut. Dieses energetische Grundmodell findet seine Wurzeln in der von Reich aufgestellten Orgon-Theorie. Diese Orgon-Energie, die Reich meinte entdeckt zu haben, ist bisher nicht wissenschaftlich bewiesen. Da Lowen einen großen Teil seiner Theorie auf der Basis dieses energetischen Grundprinzips aufbaut, bleibt dieser Teil seiner Theorie unwissenschaftlich. Somit ist die theoretische Grundlage der Bioenergetik angreifbar und in großen Teilen unwissenschaftlich. Da auch Lowen wie viele andere Randpsychotherapien keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und Kritisierbarkeit erhebt,

bleibt es im Interesse der medizinischen Psychotherapie, zumindest empirische Erfolgskontrollen durchzuführen, um diese Therapie einer Effizienzkontrolle zu unterziehen.

Die Charakterkunde Lowens birgt die Gefahr einseitiger Betrachtungsweise in sich. Sie ist nur dann akzeptabel, wenn man immer wieder berücksichtigt, daß Lowen betont, daß es keinen reinen Typ geben kann und die Charakterkunde nie als Grundlage, sondern immer nur im Hintergrund angewendet werden sollte. Es besteht die Gefahr, daß sich durch diese Charaktertypisierung die Sicht des Therapeuten einengt und somit auf Grund der Information, die er durch den Körperbau des Patienten erhält und der darüber gelernten Information, das Individuum vergißt oder den Patienten durch eigene Vorstellungen einschränkt.

Lowens Beschreibungen der einzelnen Charaktertypen sind nicht zu widerlegen aber auch nicht zu beweisen. Vieles folgt dem Gesetz der Häufigkeit und trifft deshalb auch oft zu. Jeder Mensch sollte als ein einzigartiges Individuum gesehen werden, daß auf Grund seines Körperbaus nicht auf derartige Einzelheiten seiner Persönlichkeit geschlossen werden darf.

In seinen Schriften läßt sich Lowen angreifbar und menschlich. Er beansprucht mit seiner Therapie keine alleingültige Wahrheit. Zu vielen Punkten gibt er seine Meinung läßt aber genug Platz für anders lautende Ansichten. Er versucht Erklärungsmöglichkeiten anzubieten, um seine Sicht anschaulich zu machen, beansprucht aber keine Ausschließlichkeit. Aus diesem Grunde kann die theoretische Grundlage seiner Therapie keiner wissenschaftlichen Kritik standhalten.

Die Bioenergetik läßt einen breiten Spielraum für das therapeutische Handeln, da sie ohne rigides Therapie-schema arbeitet. Lowen fordert von einem bioenergetischen Therapeuten genaue Kenntnisse der Persönlichkeitstheorie und der Abwehrmechanismen sowie eine langzeitige Eigenerfahrung in dieser Therapie und die Fähigkeit zu intuitivem Handeln. In diesem Bereich besteht bei ungenügender Schulung die Gefahr, nicht unterscheiden zu können zwischen intuitivem Erfassen des Therapieprozesses und der Projektion eigener Vorstellungen auf den Patienten. Da das Erkennen körperlicher Spannungen mehr durch intuitive als durch verstandesmäßige Fähigkeiten erfolgt, gibt es bei ungenügender therapeutischer Qualifizierung hier viele Möglichkeiten therapeutischen Fehlverhaltens wie Übertragung oder Gegenübertragung.

Die Bioenergetik eignet sich zu Einzel- oder Gruppentherapie. Es muß nicht nach einem bestimmten aufbauenden Prinzip gearbeitet werden und kann deshalb gut als erweiternde Therapiemöglichkeit in andere Therapieprozesse eingebaut werden. Auch die einmalige Anwendung der Übungen kann wirkungsvoll in einem Therapieprozeß sein, was aus medizinisch ökonomischer Sicht interessant erscheint.

In der Bioenergetik findet man eine wirkungsvolle Therapie, die Körperarbeit und analytische Arbeit vereint. Dies scheint eine interessante Alternative zu den ausschließlich analytisch orientierten Therapieverfahren.

3. Körperorientierte Meditationsformen

Die in diesem Kapitel beschriebene Therapieform beschäftigt sich mit der Verbindung eines körperorientierten Therapieprozesses in Verbindung mit östlichen Meditationsformen, die für den westlichen Menschen abgewandelt wurden.

Der aus Indien stammende Philosophieprofessor Rajneesh Chandra Mohan entwickelte diese Methoden in der Zeit, als er seine Tätigkeit mehr von der Theorie weg in die Praxis umzusetzen begann.

Es handelt sich hier um einen Versuch der Synthese zwischen östlichem und westlichem Gedankengut. Das Verständnis dieser Therapieform erfordert ein gewisses Eindringen in die östliche Denkungsweise.

3.1. Lebenslauf und östliche Denkungsweise

Rajneesh Chandra Mohan wurde 1931 in einem Dorf in Indien geboren. Er wurde bereits als Kind als Sonderling angesehen. Menschen in seiner Umgebung beschrieben ihn als "Begnadeten, der auf dem Weg zurück nach Hause sei." (Rajneesh 1984)

In der östlichen Denkweise ist jeder Mensch auf dem Weg durch viele Leben hindurch zu dem Ziel ins Nirvana, in das Nicht-Sein, einzugehen. Buddha erklärte zu seiner Lebzeit "Nirvana" als das "Nicht-Selbst", "letzte Leere" oder "absoluten Tod des Egos".

Rajneesh studierte Philosophie und beendete sein Studium mit seiner Doktorarbeit im Jahre 1957.

Danach erhielt er einen Lehrstuhl für Philosophie im Sanskrit College von Raipur und später an der Univer-

sität in Jabalpur.

Dreizehn Jahre lang reiste er durch Indien und hielt Vorträge, die von Teilen der Zuhörer als rebellisch empfunden wurden. Sein Ruf als geistiger Rebell brachte ihm viele Anhänger, aber auch viele schonungslose Kritiker. Dieser intellektuell analytische Weg führte zu starken Spannungen mit der Regierung und den traditionellen religiösen Organisationen, da seine geäußerten Ansichten über Politik, Religion, Moral in vielen Punkten revolutionär zu den althergebrachten Werten in Indien standen.

Tausende von Anhängern, Bewunderern und Kritikern kamen in dieser Zeit zu seinen Vorträgen in vielen Teilen Indiens.

In Indien üblich, liegt nicht nur in den Klöstern, sondern auch in philosophischen Schulen die fundierte Art der Arbeitsweise in der Schulung des Meditierens. Rajneesh Chandra Mohan begann 1964 mehrtägige Meditationscamps zu leiten. Er veränderte seine Arbeitsweise mehr von der Theorie weg zum praktischen Arbeiten mit dem Einzelnen.

Es begann sich eine feste Anhängerschaft um ihn zu scharen bis in den späten sechziger und frühen siebziger Jahren auch die ersten Anhänger aus dem Westen kamen.

1974 gründete er mit der Gruppe seiner Anhänger einen Ashram in der Nähe von Bombay. Schlagartig endete sein feurig revolutionäres Auftreten. Er beendete die nahe Arbeit wie früher in den Meditationcamps. Es blieben morgendliche Vorträge und eine abendliche Zwiesprache im kleinen Kreise. Weiterhin wurden im Ashram zehntägige Meditationcamps durchgeführt. Durch seine Kenntnis der im Westen gängigen Therapiemethoden der ver-

schiedensten Richtungen, entwickelte er ein Therapieprogramm um die von ihm entwickelten Meditationstechniken herum.

3.2. Was ist Meditation

Jiddu Krishnamurti beschreibt den Zustand und Nutzen von Meditation wie folgt: "Meditation ist das Verstehen des Lebens in seiner Ganzheit; jede Art der Zersplitterung hat in diesem Zustand aufgehört. Meditation ist keine Gedankenkontrolle, denn wenn das Denken kontrolliert wird, erzeugt es im Menschen Konflikt. Meditation bedeutet eines jeden Gedankens, eines jeden Gefühls gewahr zu sein, niemals zu sagen, sie seien richtig oder falsch, sondern sie einfach zu beobachten und ihnen nachzugehen. In diesem Betrachten beginnt man alle Regungen des Denkens und Fühlens zu verstehen." (Krishnamurti 1983)

Das Sein ist die Ganzheit des Bewußten und des Unbewußten. Durch die vordergründige Betonung des Bewußten und der Vernachlässigung des schwer faßbaren Unbewußten steht der Mensch seiner Persönlichkeit wie ein Fremder gegenüber. Der Teil des Bewußtseins, der im heutigen Lebensstil immer weniger gebraucht wird, wird deshalb mehr und mehr verdrängt. Da die Kenntnis des Unbewußten nicht erforderlich ist, um als funktionierendes Mitglied der Gesellschaft akzeptiert zu werden, wurde dieser Teil des menschlichen Seins immer stärker vernachlässigt. Meditation als therapeutisches Mittel wird von Rajneesh eingesetzt, um den Menschen über die Kenntnis seines Unbewußten wieder zur vollen Kenntnis seiner Persönlichkeit zu führen.

Die westliche Denkweise versteht unter Meditation einen Zustand des Reflektierens oder Nachdenkens. Gegensätzlich hierzu steht die Bedeutung von Meditation im östlichen Sinne. Hier versteht man unter Meditation einen Bewußtseinszustand ohne reflektierendes Denken, in dem lediglich eine Wahrnehmung der gesamten Existenz erfolgt. Die Schwierigkeit, zu wirklicher Meditation zu gelangen, liegt darin, den Zustand des "Nicht-Denkens" zu erreichen. Selbst wenn man denkt "ich will nicht mehr denken" ist dies schon wieder ein Gedanke, der den Meditierenden davon abhält, den Zustand der Meditation, der reinen Wahrnehmung, zu erreichen.

Meditation im östlichen Sinne und im westlichen Sinne widersprechen sich. Das Verständnis des östlichen Begriffes von Meditation als Widerspruch von Meditation und Denken ist für das Verständnis dieses Kapitels wichtig.

Da der Zustand des "Nicht-Denkens", schwer zu erreichen ist, wurden in den verschiedensten Kulturen und Zeiten zahlreiche Methoden entwickelt, die als Hilfsmittel dienten. Der Islam bedient sich der Mantras und beschäftigt das Denken durch anhaltende Wiederholung von Sätzen wie "Allah hu" oder "Allah Akbar". Auch das Rosenkranzbeten in der katholischen Kirche ist ein dem Mantra ähnliches Hilfsmittel, um den Zustand der Meditation zu erreichen. Die Derwishe der Sufis verwenden den Tanz als Technik. Im Zen-Buddhismus werden die "Koane" benutzt, eine Art unlösbarer Rätsel, in deren Lösungsversuchen das Denken abgelenkt wird.

Es gibt unzählige Methoden und keine kann als die richtige gelten, wie Rajneesh es immer wieder betont. Wichtig ist nur, eine zu finden, die dem Betreffenden

zusagt und den Weg ermöglicht.

Der Weg der Meditation führt über Tun zum Zustand des "Nicht-Tun" und dieser Weg folgt dem dialektischen Polaritätsprinzip. Schon Hegel und Reich postulierten dieses Polaritätsprinzip, daß sich alles im Fluß zwischen den Tief- und Höhepunkten, zwischen den Gegensätzen und Extremen befindet. Je höher die Anspannung, umso tiefer die Entspannung, die darauf folgt.

Der Weg, Meditation zu erlernen, folgt diesem Polaritätsprinzip. Wenn jemand sagt: "Entspanne dich einfach", so ist dies nicht möglich, denn wie soll man plötzlich wissen wie das, was sonst nicht gelingt, "einfach" zu bewerkstelligen ist. Sicher kann man sich hinlegen und nichts tun, aber der innere Aufruhr kommt dadurch nicht zum Stillstand. Man setzt eher einen neuen Konflikt durch den nicht ausführbaren Befehl, jetzt "einfach" zu entspannen. In den von Rajneesh entwickelten Meditationen führt der Weg zu Entspannung und Meditation immer über höchste Anspannung, beziehungsweise Anstrengung. Je höher die Anspannung, umso tiefer die darauffolgende Entspannung, umso besser die Voraussetzung, die Meditation ermöglicht.

Wenn der Höhepunkt erreicht ist, meint Rajneesh, entspannt sich die Lebensenergie von selbst. Die Entspannung ist kein Tun mehr, sondern ein von selbst ablaufender Prozeß. Diese Bewußtheit, dieses Wachsein und "Nichts-Tun" ist Meditation.

3.3. Warum Meditation ?

Jung stellte fest, obwohl im 19. Jahrhundert die Vorstellung noch absurd und unwissenschaftlich galt,

daß es etwas jenseits der bewußten Denkprozesse gäbe. Seine Vorstellung eines kollektiven Unbewußten wäre in dieser Zeit undenkbar gewesen. Inzwischen gehört dieses Konzept zu den gängigen wissenschaftlichen Anschauungen.

Später sagte Jung dazu: "...zuvor wurde dies abgelehnt, jetzt wird es akzeptiert. Möglich, daß noch andere Bewußtseins Ebenen existieren. Wir müssen nur Schritt für Schritt weitergehen und tieferen Einblick gewinnen." (Jung 1954)

Meditation versucht diesen einen Weg zu ermöglichen, Schritt für Schritt in Kontakt mit den Ebenen des Bewußtseins zu kommen, die das verstandesmäßige bewußte Denken nicht erfassen kann. Meditation zielt auf das Erreichen des Zustandes, in dem das Selbst mit Bewußtheit wahrgenommen wird, die Schichten des Ich und des Überich, des Bewußten und Unbewußten erkannt werden. Dieser Zustand, wird in der klassischen Psychoanalyse unter Einsatz des verstandesmäßigen Denkens zu erreichen versucht. Diese zweckorientierte Anwendung von Meditation soll in einem therapeutischen Prozeß, zur Erweiterung der Selbstkenntnis benutzt werden.

Shree Rajneesh begründet die Anwendung von Meditation in Therapiegruppen auf folgende Weise: "Meditation bedeutet zu lernen, das Unbewußte mit dem Bewußtsein zu verbinden, so daß dein eigenes Wesen dir Hinweise geben kann, wohin du dich bewegen, wohin du gehen sollst." (Rajneesh 1984)

3.4. Beispiele körperorientierter Meditationen

Die dynamische Meditation und die Mandala Meditation

zählen zu den kathartischen Meditationen. Unter Katharsis versteht man eine Entladung unterdrückter oder aufgestauter Gefühle, durch körperliches Ausagieren. Die Katharsis ist die größte Hilfe auf dem Weg über die Anspannung zur Entspannung zu gelangen. Sie soll zur Erweiterung der Selbstkenntnis dienen, indem verdrängte Inhalte aufgelöst, unterdrückte Gefühle bewußt werden und tabuisierte Gefühlsinhalte ausagiert werden können.

Rajneesh empfiehlt, mit den aktiven kathartischen Meditationen zu beginnen, die die Leere bereiten für mögliche passive, ruhige Meditationen.

Die Kundalini Meditation ist für das Ende des Tages gedacht und hilft, von den Aktivitäten und Wirren eines Tages loszulassen, um zur Ruhe zu kommen.

Die Nadabrahma-Meditation stellt den Übergang zu den ruhigen Meditationen dar. Alle diese vier Meditationen werden von Rajneesh als "nicht richtige" Meditationen verstanden. Sie dienen lediglich als aktive Hilfsmittel um den Zustand zu ermöglichen, in dem die passiven Meditationen wie z.B. Vipassana oder Zazen möglich sind.

Für die therapeutische Arbeit sind die kathartischen Meditationen, die Kundalini Meditation und die Nadabrahma Meditation am interessantesten.

Die dynamische Meditation, die Mandala Meditation, die Kundalini Meditation und die Nadabrahma Meditation, die im folgenden beschrieben werden, sind an eine eigens dafür komponierte Musik gebunden, deren Sequenz und Unterschiede es dem Meditierenden ermöglicht, die einzelnen Phasen zu unterscheiden und das Ende der jeweiligen Phase zu erkennen.

Zum besseren Verständnis sind die in folgendem Text

beschriebenen Meditationsanleitungen wörtlich von Rajneesh aus "The orange book" (Rajneesh 1980) übernommen.

3.4.1. Die dynamische Meditation

Die dynamische Meditation dauert eine Stunde lang und hat fünf Phasen. Man kann sie alleine machen, aber die Energie wird viel stärker, wenn man sie mit einer Gruppe von Leuten macht. Sie ist eine ganz persönliche Erfahrung, deshalb sollte man während der ganzen Meditation die Augen geschlossen halten; am besten ist eine Augenbinde. Man macht die Dynamische mit nüchternem Magen und trägt dabei bequeme, weite Kleidung.

Erste Phase: 10 Minuten

Atme chaotisch durch die Nase; konzentriere dich auf das Ausatmen. Für die Einatmung sorgt der Körper von selbst. Atme so schnell und so heftig wie du nur kannst - und dann noch ein bißchen heftiger, so lange bis du buchstäblich selbst das Atmen bist. Nutze deine natürlichen Körperbewegungen dazu, deine Energie aufzubauen. Fühle wie sie zunimmt, aber erlaube ihr nicht, sich schon in der ersten Phase auszutoben.

Zweite Phase: 10 Minuten

Explodiere! Lasse alles raus, was ausbrechen will. Werde total verrückt, schreie, kreische, heule, hüpf, schüttele dich, tanze, singe, lache, tobe herum. Halte nichts zurück, halte deinen ganzen Körper in Bewegung. Ein bißchen Schauspiellerei kann dir anfangs helfen hineinzukommen. Erlaube deinem Kopf auf keinen Fall,

in das Geschehen einzugreifen. Sei total!

Dritte Phase: 10 Minuten

Springe mit erhobenen Armen auf und ab und rufe dabei das Mantra HUH! HUH! HUH! HUH!, so tief aus dem Bauch heraus wie es nur geht. Jedesmal wenn du auf deinen Füßen landest, und zwar mit ganzer Sohle, lasse diesen Ton tief in dein Sexzentrum hineinhämmern. Gib alles, was du hast, erschöpfe dich total.

Vierte Phase: 15 Minuten

Stop! Friere auf der Stelle ein, haargenau in der Position, in der du dich gerade befindest. Mach keinerlei Körperkorrekturen. Ein Husten, die kleinste Bewegung oder sonst etwas und schon fließt die Energie ab und alle Mühe war umsonst. Beobachte alles, was dir passiert.

Fünfte Phase: 15 Minuten

Sei ausgelassen, gehe mit der Musik, tanze, drücke deinen Dank an die Schöpfung aus und nimm dein Glücksgefühl mit in den Tag.

Wenn du dort, wo du meditierst keinen Lärm machen darfst, dann gibt es noch eine stille Version: Anstatt die Emotionen herauszuschreien, lasse in der zweiten Phase die Katharsis allein durch die Bewegungen deines Körpers geschehen. In der dritten Phase kannst du den Ton HUH lautlos nach innen hämmern und die fünfte Phase kann ein Ausdruckstanz werden.

"Was auch immer geschieht - etwa wenn du Schmerzen hast, starke Schmerzen im Magen oder im Kopf- es geschieht, weil sich beim Meditieren der ganze Körper

verändert. Die gesamte Körperchemie verändert sich. Neues kommt hoch und der Körper ist in einem Chaos. Manchmal ist der Magen betroffen, denn im Magen sitzen viele unterdrückte Emotionen, die bei der Meditation aufgewühlt werden. Manchmal kann dir schlecht werden, und du glaubst, du mußt dich erbrechen. Es kann auch sein, daß du starke Kopfschmerzen bekommst, weil die Meditation die innere Struktur deines Gehirns verändert. Wenn du den Meditationsprozeß durchmachst, bist du wirklich im Chaos. Aber bald wird sich alles klären. Fürs erste aber gerät alles in Aufruhr." (Rajneesh 1980)

Die dynamische Meditation soll als Morgenmeditation dienen.

Innerhalb von Therapiegruppen ist diese Meditation eine Möglichkeit, emotionelle Prozesse in Gang zu bringen.

Rajneesh beschreibt die Atmung als wichtigsten Faktor. Er meint, daß die Atmung durch ihr Gleichmaß des Ein- und Ausatmens als wichtigster Stabilisator der Persönlichkeit dient.

Mit Hilfe des chaotischen Atmens versucht er das feste Persönlichkeitsgebäude bestehend aus Verdrängung, Abwehrmechanismus, angelernten Verhaltensmustern und vergleichbaren Strukturen zu lockern und die darunter verborgenen emotionalen Prozesse an die Oberfläche zu holen.

Die Stop-Phase ist die eigentliche Meditationsphase. Die ersten drei Phasen bereiten über Anspannung, Aktivität und Anstrengung die Möglichkeit zur Meditation.

In der vierten Phase soll der Meditierende zum Beobachter der im Körper und in der Umgebung ablaufenden

Prozesse werden, ohne darauf zu reagieren oder zu bewerten.

Innere Ruhe und "Bewußt-Sein" sollen in dieser Phase möglich werden.

Die Tanzphase dient als Abschluß. Dem anfangs beschriebenen Polaritätsprinzip folgend nimmt Rajneesh an, daß jemand, der durch Phasen der Anspannung und Anstrengung geht, in gleichem Maße Phasen der Entspannung und innerer Freude erlebt, diesem Ausdruck zu geben, dient die Tanz-Phase.

3.4.2. Kundalini Meditation

"Dies ist die beliebte Sonnenuntergangs-Meditation, die Schwester der dynamischen Meditation, die beim Sonnenaufgang gemacht wird. Sie besteht aus vier Phasen von je 15 Minuten.

Erste Phase 15 Minuten

Sei locker und lasse deinen ganzen Körper sich schütteln. Du spürst, wie die Energie von den Füßen nach oben geht. Lasse überall los und werde zum Schütteln. Deine Augen können offen oder geschlossen sein.

Zweite Phase: 15 Minuten

Tanze so wie du dich gerade fühlst und laß den ganzen Körper sich bewegen wie er will.

Dritte Phase: 15 Minuten

Schließe die Augen und sei still, entweder im Sitzen oder im Stehen, beobachte, was innen und was außen geschieht.

Vierte Phase: 15 Minuten

Die Augen bleiben geschlossen, du legst dich hin und bist still.

Wenn du die Kundalini-Meditation machst, dann lasse das Schütteln geschehen, tue es nicht. Stehe still da, fühle, wie es kommt, und wenn dein Körper anfängt, leise zu zittern, dann hilf nach, aber schüttele dich nicht. Genieße es, freue dich darüber, lasse es geschehen, nimm es auf, heiße es willkommen, aber erzwingen es nicht.

Wenn du es erzwingst, wird es zu einer Übung, zur Körperertüchtigung. Dann wird das Schütteln zwar da sein, aber nur an der Oberfläche, es durchdringt dich nicht. Im Inneren bleibst du dabei hart wie ein Stein, wie ein Felsbrocken; du bleibst der Macher, und der Körper gehorcht dir. Es kommt nicht auf deinen Körper an; auf dich kommt es an. (Rajneesh 1980)

Kundalini heißt in der östlichen Mythologie der Kanal, in dem die Lebenskraft fließt. Dieses Denken der Energieflüsse ist von der Lehre der chinesischen Akupunktur auch im Westen bekannt. Grundlage ist ein den ganzen Körper überziehendes Schema von Energiebahnen, Meridianen und Energiezentren, den sogenannten Chakras. Man nimmt an, daß die Lebensenergie in einem am Ende der Wirbelsäule befindlichen Zentrum ruht, dem Mula-dhar-Chakra. Sie steigt entlang der Wirbelsäule durch die dort befindlichen Energiezentren bis zu dem am Scheitel befindlichen Zentrum, wo sie freigesetzt werden kann. Durch das Schütteln, das seinen Ausgang im Becken finden soll, sollen Energieblocks, wie sie z.B. auch bei Lowen und Reich beschrieben sind, gelöst werden. Die zweite Phase benützt den so entstandenen

Energiefluß und gibt die Möglichkeit ihn in Tanz und Bewegung auszudrücken. Die zwei folgenden Phasen entsprechen den Meditationsphasen. Auch hier folgt nach der Anstrengung und dem Ausdruck nach außen eine Phase der inneren Leere und Ruhe, die die Möglichkeit der Entspannung geben soll. Im Gegensatz zu der dynamischen Meditation bietet diese Meditation mehr eine Möglichkeit, sich des Körpers bewußter zu werden, alles andere im wahrsten Sinne des Wortes abzuschüttern.

3.4.3. Nadabrahma Meditation

Erste Phase: 30 Minuten

Sitze in entspannter Haltung mit geschlossenen Augen und geschlossenem Mund. Fange an zu summen und zwar gerade laut genug, daß es andere noch hören können und laß die Vibration sich über den ganzen Körper ausbreiten. Du kannst dir eine Röhre oder ein leeres Gefäß vorstellen nur von den Vibrationen des Summens erfüllt. Es wird ein Moment kommen, von dem an das Summen von selbst geschieht und du zum Zuhörer wirst. Es gibt hier keine spezielle Atemtechnik, und du kannst deine Tonlage verändern und dich dabei auch ganz leicht und langsam in den Hüften wiegen, wenn du dich danach fühlst.

Zweite Phase: 15 Minuten

Die zweite Phase ist in zwei Teile von je 7 1/2 Minuten aufgeteilt. Bewege in der ersten Hälfte deine Hände, Handflächen nach oben, in einer vom Körper weggehenden kreisförmigen Bewegung. Vom Nabel aus gehen

beide Hände nach vorne und trennen sich dann zu zwei spiegelgleichen großen Kreisen nach rechts und nach links. Die Bewegung sollte so langsam sein, daß es dir zeitweise so vorkommt, als seien die Arme gar nicht in Bewegung.

Nach 7 1/2 Minuten drehe die Hände um, die Handflächen sind jetzt nach unten gerichtet, und bewege sie in die entgegengesetzte Richtung. Die Hände treffen einander jetzt in der Nabelgegend und gehen dann zu beiden Seiten des Körper auseinander. Fühle, daß du Energie hereinholst. Wie in der ersten Phase auch, kannst du leichte Körperbewegungen zulassen.

Dritte Phase: 15 Minuten

Sitze absolut ruhig und still.

Nadabrahma ist eine alte tibetanische Technik, die ursprünglich in den frühen Morgenstunden gemacht wurde. Sie kann zu jeder Tageszeit gemacht werden, allein oder zusammen mit anderen. " (Rajneesh 1980)

Die Nadabrahma Meditation bildet den Übergang zu den stillen Meditationen. Sie ermöglicht Bewußtseinsebenen der Ruhe und Entspannung zu erfahren. Die Meditation ist erst dann wertvoll, wenn schon über längere Zeit Erfahrungen mit der dynamischen Meditation und der Kundalini Meditation gesammelt wurden.

3.4.4. Vipassana

Suche dir einen Platz, an dem du bequem 45 bis 60

Minuten lang sitzen kannst. Es ist sehr vorteilhaft, jeden Tag zur selben Zeit am selben Platz zu sitzen; es muß nicht unbedingt ein ruhiger Ort sein. Experimentiere so lange, bis du einen Ort und eine Zeit gefunden hast, wo du dich am besten fühlst. Du kannst eine oder zwei Sitzungen am Tag machen, solltest aber mindestens eine Stunde nach dem Essen warten und nicht später als eine Stunde vor dem Schlafengehen sitzen. Es ist wichtig, daß Kopf und Rücken eine gerade Linie bilden. Schließe die Augen und halte den Körper so ruhig wie möglich. Du kannst auf einem Meditationsbänkchen sitzen, auf einem Stuhl mit hoher Lehne oder auf ein paar Kissen.

Es gibt keine bestimmte Atemtechnik, die man beachten muß; atme einfach ganz normal und natürlich. Vipassana beruht auf Atemwahrnehmung; das Auf- und Abgehen des Atems soll also beobachtet werden, und zwar an der Stelle, wo du die Bewegungen am deutlichsten spürst, entweder an den Nasenflügeln, in der Magengegend oder am Solarplexus.

Vipassana ist nicht Konzentration; so gibt es auch keine Regel, die dir vorschreibt, eine ganze Stunde lang den Atem zu beobachten. Wenn Gedanken, Gefühle oder körperliche Empfindungen aufkommen, oder wenn du auf irgendwelche Laute, Gerüche oder Geräuschfetzen von draußen aufmerksam wirst, ignoriere sie nicht, nimm sie einfach wahr. Was auch immer geschieht, kannst du beobachten, wie die Wolken am Himmel. Du läßt sie vorüberziehen, greifst nicht danach, noch weist du ab. Wenn nichts deine Aufmerksamkeit anzieht, kehre zum Atem zurück. Und denke daran, es gibt da nichts Bestimmtes, das passieren soll oder muß. Es gibt hier weder Erfolg noch Mißerfolg, noch gibt es

etwas zu verbessern. Nichts, was du herausfinden oder analysieren sollst, aber du kannst Überraschende Einsichten gewinnen. (Rajneesh 1980)

3.4.5. Zazen

Du kannst sitzen, wo du willst, nur darf nichts Aufregendes in deinem Blickfeld sein. Zum Beispiel nicht zu viel Bewegung um dich her, das würde ablenken. Du kannst die Bäume anschauen, Bäume bewegen sich nicht von der Stelle und die Szene bleibt immer die gleiche. Du kannst in den Himmel schauen, oder in einer Zimmerecke sitzen und die Wand anschauen.

Zweitens: du darfst deinen Blick auf nichts Bestimmtes richten, du schaust einfach ins Leere, denn die Augen sind schließlich da und irgendetwas muß man anschauen, aber du schaust auf nichts Bestimmtes. Deine Linse ist auf nichts gerichtet, du konzentrierst dich auf nichts, du hast nur ein diffuses Bild. Das ist sehr entspannend.

Und drittens: entspanne dein Atmen,. Tu es nicht, lasse es geschehen. Lasse es ganz natürlich gehen, das entspannt noch mehr.

Viertens: halte deinen Körper so ruhig und unbewegt wie möglich. Suche dir zunächst eine bequeme Stellung, aber wenn du erst einmal deine Stellung gefunden hast, bewege dich nicht mehr, denn wenn sich der Körper nicht bewegt, beruhigt sich der Verstand von selbst. Ist der Körper in Bewegung, bewegt sich auch der Geist, denn Körper und Geist sind nicht zwei getrennte Dinge. Sie sind eins, es ist ein und dieselbe Energie.

Anfänglich wird es dir etwas schwerfallen, aber nach ein paar Tagen wirst du es ungeheuer genießen. Du wirst sehen, wie der Verstand ganz allmählich Schicht um Schicht von dir abfällt. Dann kommt der Augenblick, wo du ganz einfach da bist -ohne Gedanken. (Rajneesh 1980)

Vipassana und Zazen sind zwei der sogenannten klassischen Meditationen, die ohne das Schema des Tuns zum Nicht-Tun gelangen, sondern gleich in die Phase der Meditation einsteigen.

Diese Techniken sind anfangs beschwerlich. Mit Hilfe der "aktiven Meditationen" können diese Methoden erlernt werden. Die östliche Philosophie benützt die in der Meditation erfahrenen Lernschritte und Bewußtseinsprozesse zur Lösung persönlicher Konflikte, zur Erweiterung der Selbstkenntnis und als Weg zu innerer Harmonie.

3.5. Diskussion

Meditation als Therapie ist selbst unter den Randpsychotherapien ein Außenseiter. Es fällt auf, daß hier mehr der Zweck der Bewußtseinserweiterung, der Erweiterung der Selbstkenntnis und der Selbstannahme verfolgt wird, als daß der Anspruch der Heilung psychischer Krankheiten erhoben wird. Lediglich für den Bereich der Neurosen wurde die dynamische Meditation und die Kundalini Meditation als Therapiemöglichkeit beschrieben.

Die ruhigen Meditationen beinhalten in psychischen

Krisensituationen eher die Gefahr des Realitätsverlustes und könnten ein Zurückziehen in eine Scheinwelt der Illusion verstärken.

Der Nutzen dieser ruhigen Meditation scheint mehr in einer Erweiterung der Selbstkenntnis und Entspannung für im psychiatrisch-psychotherapeutischen Sinne gesunde Personen zu liegen.

Nutzbringende Wirkung zeigt die Therapierichtung erst bei längerer kontinuierlicher Anwendung. Deshalb ist diese Therapiemethode für kurze Therapieprozesse ungeeignet.

Besonders bei der dynamischen Meditation wird eine längere "Einstiegsphase" beschrieben. Erst wenn sich nach längerer Anwendung ein Kontakt mit verdrängten Gefühlsinhalten und angstbesetzten Situationen einstellt, beginnt ein therapeutischer Nutzen.

In den Beschreibungen der Meditationen wird deutlich, daß sie lediglich als Mittel dienen können, einen Therapieprozeß in Gang zu bringen oder zu unterstützen.

Es kann ein Aufweichen der Abwehrmechanismen und Persönlichkeitspanzer erreicht werden, was mit Hilfe einer gleichzeitig stattfindenden umfassenderen Psychotherapie weiter bearbeitet werden muß.

Die alleinige Anwendung dieser Meditationstechniken ohne Anbieten einer verarbeitenden und klärenden Psychotherapie ist für psychisch Kranke nicht nur nicht ausreichend, sondern auch gefährlich. Folglich kann man hier nicht von einer eigenständigen Therapie reden, sondern lediglich von einem Therapiemittel, das einen laufenden Therapieprozeß bei richtiger Anwendung unterstützen kann.

Große Gefahr liegt hier, wenn diese Methode von Laien oder psychotherapeutisch Ungeübten angeboten wird.

Ein Laie, der unfähig ist, Kontraindikationen zu stellen, psychotische Schübe oder präschizophrene Krankheitsbilder zu erkennen, könnte durch das in der Meditationstechnik erstrebte Aufbrechen von Abwehrmechanismen mehr Schaden als Nutzen anrichten. Hier erhebt sich im besonderen Maße die Forderung nach einer Effizienz- und Befähigungskontrolle der praktizierenden Therapeuten. Die theoretische Grundlage und die vorgelegte, die therapeutische Wirksamkeit belegende Kasuistik, schöpft aus der östlichen Philosophie und wird den Ansprüchen westlicher Effizienzkontrolle nicht gerecht.

Dennoch handelt es sich hier um eine Methode, die, wenn sie mit dem nötigen psychotherapeutischen Wissen und ausreichender therapeutischer Handlungsfähigkeit angewandt wird, unterstützend in einem psychotherapeutischen Prozeß eingesetzt werden kann.

4. Rebirthing-Atemtherapie

Rebirthing ist eine junge Therapie, die Anfang der siebziger Jahre von Leonard Orr in Amerika entwickelt wurde. Die Therapie arbeitet mit Hilfe der Atmung. Es wird versucht, Verhaltensmuster zu durchbrechen und zu bearbeiten, die auf Grund des Geburtstraumas und negativer Lebenserfahrungen in der Kindheit eingeprägt wurden. Mit Hilfe von tiefer Atmung wird der Zugang zu diesen verborgenen Gefühlen und Einstellungen versucht.

Das Rebirthing hat sich in den Kreisen der "Randpsychotherapien" weit durchgesetzt und wurde von

verschiedenen Therapieschulen übernommen.

Leonard Orr war zunächst als Geschäftsmann tätig, zog sich dann aus dem Geschäftsleben zurück und beschäftigte sich mit Metaphysik, Psychologie und den Möglichkeiten der Selbstfindung und Selbsterkennung. Auf Grund dieser Studien und seines Interesses entwickelte er die Rebirthing-Therapie und gründete das Theta-Institut, wo er Seminare und Vorträge hielt.

4.1. Theoretische Grundlagen

Rebirthing heißt übersetzt "Wiedergeburt". Angelernte Verhaltensmuster, Angst, negative Lebensmuster werden hinter der Verdrängung hervorgeholt und sollen durch ein Durchleben dieser therapiert werden. Ergänzt wird die Therapie durch sogenannte positive Affirmationsarbeit, was soviel bedeutet wie ein Verstärken positiver Lebensgrundsätze. Die Atemtherapie baut auf der Überlegung auf, daß mit unserem Geburtstrauma die ersten negativen Erfahrungen verbunden sind. Der Schock beinahe zu ersticken, der starke Temperaturabfall, helles Licht, laute Geräusche sind sehr tiefgehende Erfahrungen nach einer neunmonatigen Zeit in absoluter Zufriedenheit. Gedanken bei der Geburt wie "ich bekomme nicht genug Luft", "ich bekomme nicht genug Wärme" u.s.w. werden mit dem Bewußtsein "so also ist das Leben" verbunden.

In wie weit dieses Trauma verarbeitet wird, hängt individuell von der Persönlichkeit des einzelnen ab. Genauso verhält es sich laut Orr mit frühkindlichen Erfahrungen wie Ungerechtigkeit, Alleinsein, schlechte Behandlung, aber auch Unfälle oder ähnliche Traumata.

In wie weit ein Trauma, definiert als Ereignis, das zu körperlichen oder seelischen Schäden führt, verarbeitet werden kann oder inwieweit es verdrängt wird und zu Störungen führt, kann nicht vorausgesagt werden und ist immer individuell zu betrachten. Der Diplomspsychologe und Rebirthing-Therapeut Wolfgang Strasser zeigt in einer Veröffentlichung folgende Schweregrade von Stress und Traumata auf.

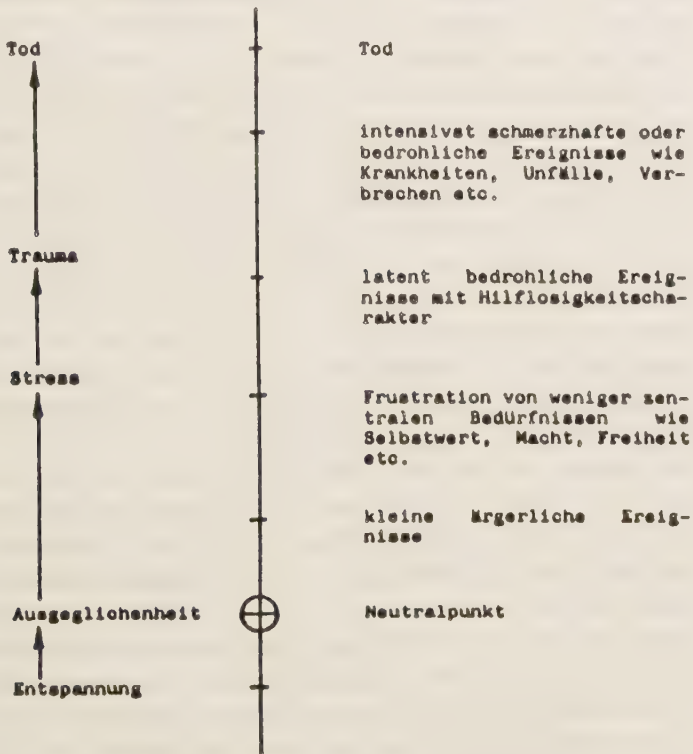


Abb.12: Schweregrade lebensbeeinflussender Traumata
(Strasser 1984)

Nach Orr ist das Geburtstrauma genauso zu verarbeiten wie alle früh- oder spätkindlichen Erlebnisse. Je mehr Vertrauen einem Kind mitgegeben wird auf seinem Lebensweg, über umso mehr Bewältigungsmechanismen und über eine umso höhere Frustrationstoleranz verfügt es. Alle unverarbeiteten Erlebnisse werden als primäre Angst gespeichert und können losgelöst vom ursächlichen Geschehen in Neurosen oder anderen psychosomatischen Störungen herausbrechen.

In das Behandlungsfeld des Rebirthings fallen die psychosomatischen Erkrankungen, wobei die Therapie davon ausgeht, daß jede Krankheit ursächlich eine psychische Wurzel hat und sich ein zugrundeliegendes Trauma in einem körperlichen Geschehen ausdrückt. Die Grundthese des Rebirthings lautet: "Der natürliche Zustand des Menschen ist gesund und optimistisch zu sein" (Orr 1977).

Auch die Rebirthing Therapie basiert auf der Vorstellung eines energetischen Grundprinzips des Körpers und der Psyche, entsprechend dem in der Bioenergetik beschriebenen Grundmodell.

Als Spiegel für den psychischen Zustand des Patienten wird die Atmung herangezogen. Die meisten Menschen atmen flach, nach Rebirthing Ansicht zu flach und schöpfen damit ihre physischen und psychischen Möglichkeiten nicht aus.

Reines Brustatmen schneidet nach Rebirthing Theorie den restlichen Körper vom Zentrum ab. Bauchatmung ist eine Atmung, die den ganzen Körper mit einschließt. Die Bauchatmung haben die meisten Erwachsenen verlernt im Gegensatz zu Kindern, die sie unbewußt beherrschen und benützen.

Im Phänomen der Atmung wird von den Rebirthern die

Spiegelung eines Lebensprinzips beschrieben. Das Gleichmaß des Ein- und Ausatmens spiegelt den Kreislauf des Gebens und Nehmens, des Lebens und Sterbens, des ewigen Auf und Ab wieder.

Das bestehende Lebensmuster, das Verdrängungen, Abwehr, Gefühle, Ansichten, Körperbefindlichkeiten und anderes beinhaltet, also so eine Art momentane Bestandaufnahme des physiologischen, psychologischen und sozialen Standpunktes darstellt, wird durch das Gleichmaß des Ein- und Ausatmens stabilisiert. Verändert sich bewußt oder unbewußt diese Variable, wie es z.B. bei Erschrecken, Angst oder Erregung geschieht, so wird Unordnung in dieses Schema gebracht und die einzelnen Schichten werden durchlässig.

Rebirthing-Patienten berichten über intensive Gefühlsbeteiligung und Erleben längst vergessener Erlebnisse, vergleichbar mit katathymen Traumbildern, die während der Rebirthingsitzung durch Veränderung des bekannten Atemschemas bewußt werden. Dieses Erleben der Wurzeltraumata, die zu den verschiedenen Störungen führten, wie körperliche Symptome, Störungen des Sozialverhaltens oder der Leistungsfähigkeit, ermöglicht ein Durcharbeiten des Traumas und nach Ansicht Orrs eine Auflösung der damit verbundenen Symptome.

Wolfgang Strasser beschreibt dies folgendermaßen: "Diese Methode bedeutet nicht mehr und nicht weniger den direkten empirischen Zugang zum menschlichen Unbewußten und zu den transpersonalen Räumen. Darüber hinaus tut sich die Perspektive auf, die menschliche Psyche zu erforschen, die völlig unbelastet von den Nachwirkungen beeinträchtigender Erfahrungen, sozusagen frei von allen "Verunreinigungen" ist. Was das bedeutet, darüber kann im Moment nur spekuliert werden;

aber wir wissen ja aus der Physik, daß ein und derselbe Vorgang bei hohen "Reinheitsgraden" völlig andere Effekte hervorbringen kann." (Strasser 1984)

Die hier aufgestellte Behauptung findet man gleichermaßen im Gedankengut der alten Yogalehren, in der Tibetischen und Ägyptischen Philosophie, die eine Reinigung der Psyche als absolute Voraussetzung für Bewußtseinserweiterung voraussetzen. Vergleichbar mit Lowen erwähnt W. Strasser: "Das Rebirthing sollte deshalb nicht ausschließlich als Therapie, sondern als eine Methode zur Persönlichkeitsentwicklung verstanden werden." (Strasser 1984)

4.2. Medizinische Grundlage des Rebirthing

Die rein physiologischen Vorgänge des Rebirthing entsprechen dem Phänomen der Hyperventilation. Das vermehrte Atmen bewirkt einen pCO_2 Abfall und damit verbunden einen Anstieg des pH -Wertes im Blut und in der Folge unter anderem eine Kontraktion der cervikalen Gefäße. Es kann zu Symptomen der Tetanie kommen, die Hände verkrampfen sich in einer Art Pfötchenstellung, die Lippen ziehen sich zusammen, ein Kribbeln ist am ganzen Körper zu spüren und es können an verschiedenen Körperstellen Schmerzen auftreten. Dieser Zustand wird dem Patienten vor der ersten Sitzung geschildert und auch als gefahrlos erklärt. Tatsächlich wird diese Phase während des Rebirthings erlebt, aber trotz des Weiteratmens löst sich dieser Zustand auf. Von Rebirthing-Therapeuten wird berichtet und von W. Strasser in empirischen Studien auch festgehalten, daß mit der steigenden Anzahl der Rebirthing Sitzungen trotz

gleichen Atmens die beschriebenen körperlichen Phänomene nicht mehr auftreten, die gefühlsmäßigen Eindrücke aber gleich intensiv bleiben. In wie weit es sich hier um eine Art körperliche Adaptation handelt, bleibt offen. Es scheint, als ob der Körper sich an tieferes Atmen gewöhnt.

Von Leonard Orr (1977) wurden zahlreiche Heilungen von pathologischen Hyperventilationssyndromen mit Hilfe des Rebirthing beschrieben, deren Erklärung bewußt auf Grund des mangelnden medizinischen Verständnisses von ihm offen gelassen wird und es allein bei dem empirischen Nachweis bleibt.

Wichtigste Grundlage des Rebirthing ist für Leonard Orr der durch die verstärkte Atmung entstehende Energiefluß, der Blocks und gestaute Energie lösen kann.

"Wenn die Energie gleichmäßig und frei fließt, heilt sie, gleicht sie aus und gibt einem Menschen eine innere Basis." (Orr 1977)

4.3. Die Rebirthing Therapie

Der Therapieverlauf des Rebirthings unterscheidet sich von den vorher beschriebenen Therapien darin, daß es keine verschiedenen Übungen gibt, sondern ein gleichbleibendes Grundkonzept vorliegt.

Der Patient liegt mit leichter Kleidung und beginnt einen gleichmäßigen Atemrhythmus mit Betonung der tiefen Einatmung und eher passiver Ausatmung. Wichtig ist die Aufklärung über die möglichen körperlichen Symptome vor Beginn der Übung. Der Therapeut versucht in der Atemphase die Atmung durch Instruktionen, Rhythmusan-gabe oder wenn nötig Berichtigung zu unterstützen.

Strasser beschreibt zwei mögliche Arten von Rebirthing Sitzungen.

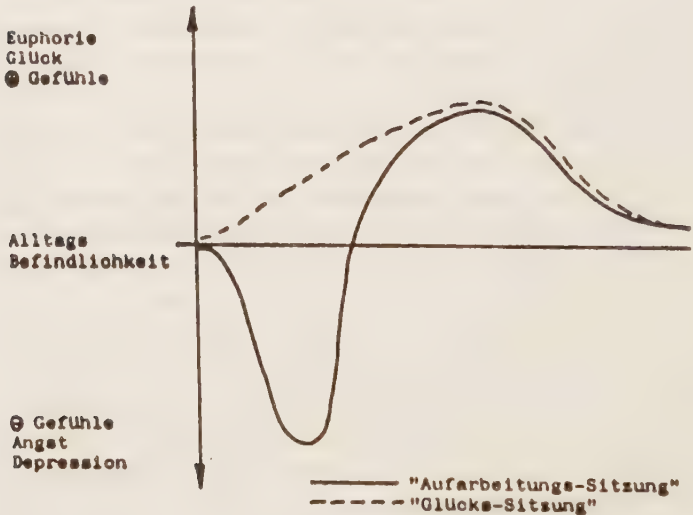


Abb.13: Emotionaler Zustand in Rebirthing Sitzungen
(Strasser 1984)

Das Atmen bewirkt zunächst die beschriebenen körperlichen Veränderungen. Verbunden damit werden Abwehrmechanismen gelockert und emotionale Prozesse bewußt. Angstbesetzte, verdrängte Situationen können in der Art des katathymen Bilderlebens erscheinen.

Der Therapeut hat lediglich die Aufgabe durch erlerntes intuitives Beobachten körperliche Verspannungen zu erkennen, diese durch Massage oder Berührung in ihrer Auflösung zu unterstützen oder Anweisungen zu geben,

auf welche Körperregionen sich der Patient mit seinem Atem konzentrieren soll.

Es gibt keine festen Regeln. Oft genügt allein die Anwesenheit des Therapeuten, um dem Patienten das Vertrauen zu geben, vergessene Traumata erneut zu erleben. Manchmal ist es wichtig, die Aufforderung zum Weiteratmen zu geben, manchmal ist eine Unterstützung mit Massage oder Körperkontakt zur Lösung von körperlicher Verspannung wichtig. Dieses intuitive Wissen erlangt ein Therapeut nur auf dem Wege der eigenen Rebirthing Erfahrung und in Assistenz bei Sitzungen mit erfahrenen Therapeuten. Wichtigste Aufgabe des Rebirthing Therapeuten ist, eine Atmosphäre von Vertrauen zu schaffen, in der der Patient Erlebnisse und Gefühle durchleben kann, die während einer Sitzung bewußt werden.

Der Therapeut erhält hier die Rolle eines Begleiters bei der Entdeckung unbewußter Erlebnisinhalte.

Wichtig ist hier wie bei den anderen Randpsychotherapien, daß der Therapeut über eine fundierte psychotherapeutische Schulung verfügt, um nach einer Atemsitzung Erlebnisinhalte klärend mit dem Patienten bearbeiten zu können.

Rebirthing Therapeuten berichten vor allem über Heilungen psychosomatischer Störungen. Weniger bekannt sind Erfolge bei Neurosen, über Therapien von Psychosen gibt es keine Berichte.

Es werden persönliche Veränderungen bei den Patienten im Sinne von mehr Lebensmut und Lebenskraft, positiver Lebenseinstellung und Selbstbejahung beschrieben.

Menschen, die diese Atemtherapie erlernten, können ihren Atem bewußter einsetzen und besonders in Stress- oder Konfliktsituationen ihn als unterstützende Hilfe

anwenden. Bewußteres Atmen ermöglicht eine intensivere Art des Körperkontakts, was eine stärkere Präsenz im täglichen Leben mit sich bringt.

4.3.1. Übersicht über einen Therapieverlauf (Strasser 1984)

- | | |
|--------------|---|
| 1. Sitzung | Starker, stechender Schmerz im Harnleiter, Eileiterbereich, starke Nierenschmerzen, starke Lähmung des rechten Beines. Im Genitalbereich erst große Hitze, dann Kälte und Frieren. |
| 1. Intervall | Starke Schmerzen und Koliken. |
| 2. Sitzung | Gespräch über die Lebenssituation. |
| 2. Intervall | Zustand unverändert |
| 3. Sitzung | Zunächst heftige Weinkrämpfe, dann starke Aggressionen gegen alle Familienmitglieder. "Alle versuchen nur, mich auszunützen und zu erpressen"! Bewußtsein der Ausweglosigkeit: "Ich kann doch niemand allein und vor die Hunde gehen lassen"! |
| 3. Intervall | Nach der Sitzung starke Spannungszustände, die allmählich abklängen: "War total nervös, zitterig, hatte ganz wahnsinnige Aggressionen, wußte mir nicht zu helfen". Nach zwei Beruhigungstabletten wurde es besser und das Gesamt- |

befinden war anschließend sehr viel besser. Allmähliches Wiederaufflackern der Nierenschmerzen bis zum nächsten Termin.

- | | |
|--------------|--|
| 4. Sitzung | Sehr kathartische Sitzung; Wein- und Schreikrämpfe. D.O. erlebte in dieser Sitzung einen Teil ihrer Kindheit wieder. Das Schlimmste war, sich wieder daran zu erinnern, daß ihre Mutter sie eigentlich erst abtreiben lassen wollte. Sie durfte in der Schule nie sagen, daß sie unehelich geboren war. Hatte später gelesen, daß alle Kinder von Müttern, die abtreiben lassen wollten, verrückt werden und hatte solche Angst, deswegen auch verrückt zu werden. |
| 4. Intervall | Nach der Sitzung großen Hunger gehabt, viel gegessen, keine Schmerzen. |
| 5. Sitzung | Sitzung ruhig, entspannt, harmonisch. |
| 5. Intervall | Schmerzanfälle durch Harnleiterkrämpfe. Schmerzen kürzer, nicht mehr so heftig, nur noch selten, Angst davor ist aber noch immer vorhanden. |
| 6. Sitzung | In der Sitzung starke Nieren-, Harnleiter-, Magenschmerzen. Die ganze Sitzung sehr dramatisch; starke Weinkrämpfe. "Fühle mich körperlich ganz zerrissen, weil alle nur immer an mir herumzerren. |

6. Intervall Starke Schmerzen im Harnleiter, viel Ärger mit Freund, der sie bis zu 15 mal am Tag anruft und sie zur Rückkehr bewegen will. Große Belastung durch die Mutter. "Jeden Morgen nach dem Aufwachen zum Heulen zumute".
7. Sitzung Heftigste Nieren-, Harnleiter Magenschmerzen, Ansätze zum Erbrechen, das aber unterdrückt wurde. Erinnerung an eine Situation im Krankenhaus, wo sie bei einer Nierenkolik ans Bett gefesselt wurde und dadurch Panik vor lauter Schmerzen bekommen hatte. Erinnerung an Pubertätszeit, wo sie wegen ihrer Pummeligkeit bei den Jungens immer eine Abfuhr bekommen hatte.
7. Intervall Bei gelegentlich auftretender Nervosität noch Schmerzen; Schmerzdauer reduziert auf 2-3 Sekunden.
8. Sitzung Schöne Wärmegefühle im Bauch, strömend warmes Gefühl. Zwischendurch etwas Angst und Herzklopfen, was aber gut weggeatmet werden konnte. Dann wieder Ruhe und Harmonie.
8. Intervall In den Nächten "Alpträume wie schon lange nicht mehr". Heftige Schmerzen (Schmerzdauer 1 Minute), zusätzlich Magenschmerzen; zeitweise starkes Herzklopfen, Beklemmungen, Lust zu schreien

teilweise unfähig, sinnvolle Arbeit zu machen.

9. Sitzung Großer Widerstand gegen das Atmen, Kopfschmerzen (migräneartig), Nierenschmerzen, "Alles hat wehgetan, habe mich so schlecht gefühlt, wie schon lange nicht mehr. Erinnerung: "Vor 5 Jahren mußte ich wegen überstarker Migräneanfälle oft den Notarzt holen", war dann zwischendurch ganz vergessen. Erinnerung: "In der Pubertät hatte ich wahnsinnig Angstanfälle vor Schule, Tanzkurs, vor allem einfach Angst gehabt". In dieser Zeit Klaustrophobie, heftigste Angst im Theater, im Skilift, in U-Bahn. Erinnerung: "Im Alter von 22 Jahren ununterbrochenes Erbrechen, konnte keine Nahrung mehr zu mir nehmen, ständig Magenschmerzen, Durchfall".

9. Intervall Auftauchen weiterer Erinnerungen an Angstzustände im Alter von 15 Jahren. "Ich war außerdem schon im Kindesalter in psychotherapeutischer Behandlung". Befinden: Herzklopfen starke Schmerzen, dann auch Einnahme von Schmerzmitteln, schlaff, depressiv, lustlos.

10. Sitzung Beim Atmen keine Reaktion außer Schwitzen und Erschöpfung. Atmen in Verbindung mit Festgehalten werden.

Erinnerung: "Da faßt mich jemand an den Händen und tritt mich - weiß aber nicht, was das ist"! Dann volle Erinnerung an eine Situation, in der sie von der Mutter irgendwann mal "halbtot" geprügelt worden war. Heftiger Weinkrampf.

10. Intervall Unruhe, Spannungsgefühle. Einige Tage nach der Sitzung wieder Schmerzen.
11. Sitzung Entspannungs-Training.
11. Intervall Keine besonderen Vorkommnisse.
12. Sitzung Entspannungs-Sitzung. Ganzer Körper strömend warm, bis auf den Unterleib, "der ist irgendwie taub, ohne Gefühl". Allgemeines Lebensgefühl: "Ich muß immer was tun; ich muß immer die Beste sein".
12. Intervall Keine Besserung. Unruhe; Schmerzen.
13. Sitzung Starker Widerstand gegen das Atmen. Ganzer Körper schmerzt; Bauch, Magen, Krämpfe im Harnleiter; starkes Herzklopfen; Angstanfälle, Narbe einer Zahnoperation schmerzt; Gefühl, gleich zu platzen. Erinnerung: "Immer wenn ich nichts tue, z.B. in der Sonne liege, habe ich das Gefühl, daß da was hochkommt."

13. Intervall Urlaub. Auch hier Nervosität, Anspanntheit, Gefühl zu platzen. Seit jüngster Zeit wieder Schmerzanfälle; ca. 10x pro Tag, Dauer 1-2 Minuten, in Harnleiter und Niere. Damit aber gleichzeitig Beruhigung verbunden. Schlimmste Schmerzen beim Nichtstun. Bei voller Anspannung auch Magenschmerzen und Migräne. Oft Träume vom Tod der Kusine; ganz schreckliche Bilder.
14. Sitzung Gespräch über die Ereignisse in der Zwischenzeit.
14. Intervall Jede zweite Nacht Alpträume. Beim Wasserlassen starkes Brennen. Etwas erhöhte Temperatur. Einnahme homöopathischer entzündungshemmender Tabletten. Inzwischen Lebenssituation viel erträglicher geworden dadurch, daß sie sich nicht mehr so rückhaltlos von allen ausbeuten ließ.
15. Sitzung Kombinierte Sitzung: Erst Entspannungs-Induktion, dann Suggestionen über Nierenschmerzen, dann Atem-Instruktion. Erinnerung: "Im Alter von 5-6 Jahren wurden wir von der Mutter immer geschlagen, daß wir schlafen". "Habe mir immer Gegenstände in die Scheide gedrückt, bis es ganz weh tat, weiß aber nicht warum". Starkes Weinen; Schmerzen in Niere und Harnleiter.

15. Intervall "Total aggressiv gewesen", "allergisch gegen meine Mutter", "habe alle angeschrien", "Tobsuchtsanfall" bei Freund bekommen. Zwischendurch längere Perioden von Wohlbefinden, Gefühl, ganz stark und ganz ruhig zu sein, daß nichts mehr sie aufregen kann. Dann kam Kollegin aus einer Kur zurück (Krebs-Nachsorge), seitdem wieder Angstträume, Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Wadenkrämpfe. Krebsphobie.
16. Sitzung Erinnerung an Angstanfall (13 Jahre), als Lieblingstante gestorben war. Bis zum Alter von 20 Jahren starke Angst vor dem Tod. Phobische Reaktionen auf Todes- und Beerdigungsszenen.
16. Intervall In der Zwischenzeit viel aktiver geworden, viele neue Bekanntschaften geknüpft, voll "In Hochform" gewesen. Keine Schmerzen mehr.
17. Sitzung Kombinierte Sitzung aus katathymen Bilderleben und Atmen. Bild: Abstieg in Schlucht; starkes Erleben von Ekel "wegen dem Müll, den Abfällen, die da unten in der Schlucht sind". Dann Widerstand gegen Atmen, der aber überwunden werden konnte. Beim Atmen wurde die "Scheide ganz heiß, aber ein irres Gefühl"; kichern, "hätte große Lust, mit einem Mann zu schlafen".

17. Intervall Kein Bericht

18. Sitzung Gruppensitzung. Vorher stärkste Widerstände, die nur sehr mühsam überwunden werden konnten. Dann, nach einigen Atemzügen schon totaler Zusammenbruch, bislang heftigster Ausbruch überhaupt. Gefühl voller Einsamkeit: "Niemand liebt mich"! Die Erregung dauerte noch bis zum nächsten Mittag an, dann stabilisiert sich D.O. wieder.

Intervall bis "Alle Leute sagen, ich sei so ent-
Febr.84 spannt; keinerlei Schmerzen mehr bis
Weihnachten; nachher Schmerzen nur noch
ganz vereinzelt; fühle aber genau, wenn
ich mich verkrampfe, ansonsten fühle
ich mich richtig gut".

Nachkontrolle Seither keine Schmerzen mehr aufgetre-
ten. Keine Spannungen mehr, aufge-
schlossen, höhere Genußfähigkeit, ins-
gesamt positivere Lebenseinstellung.

4.4. Diskussion

Rebirthing ist eine Therapie mit tiefgreifenden Auswirkungen auf die ins Unbewußte verdrängten Gefühle und Erlebnisse. Insbesondere bei dieser Therapie ist eine gute Führung durch einen erfahrenen Therapeuten wichtig, der sowohl medizinisch als auch psychotherapeutisch ausgebildet ist, da intensive psychische und physische Veränderungen bewirkt werden.

Das Rebirthing bedient sich einer einfachen, klaren Technik. Positiv ist die Tatsache, daß keine Beeinflussung des Patienten stattfindet. Der Patient bestimmt selbst den Verlauf einer jeden Sitzung. Die Möglichkeit der Projektion des Therapeuten und damit Lenkung der Therapie in eine bestimmte Richtung ist sehr gering, da hauptsächlich der Patient der agierende Teil ist, der Therapeut in erster Linie zu erkennen und folgen versucht.

Eine Gefahr birgt das schnelle Eintauchen in unbewußte Erlebnisinhalte, die für den Patienten unbekannt und oft furchterregend sind. Besitzt der Therapeut keine genügende psychologische Schulung, um zu erkennen, ob der Patient stabil genug ist in dem Maße unbewußte Inhalte hervorzuholen, besteht hier die große Gefahr der psychischen Dekompensation des Patienten. So eine Sitzung kann dann zur Gratwanderung zwischen Wahnsinn und Realität werden. Es fordert ein gutes und intuitives Einschätzen sowohl des Patienten als auch der eigenen therapeutischen Fähigkeit, wie weit der Therapeut den Patienten begleiten kann und an welchen Stellen er ihn aufhalten und in die Realität zurückleiten muß. Genauso muß der Therapeut in Kenntnis von Psychologie und psychiatrischen Krankheitsbildern abschätzen

können, wie weit die Persönlichkeit des Patienten fähig ist, an der Heilung der Krankheit mitzuwirken, in wie weit eine Krankheitseinsicht besteht oder aufbaubar ist.

Krankheitsbilder, in denen diese Krankheitseinsicht nicht besteht, wie z.B. das der Schizophrenie, sollten nie mit dieser Therapie behandelt werden, da die Gefahr besteht, daß der Patient sich noch tiefer in eine realitätsfremde Illusionswelt verstrickt.

Die Stärke dieser Therapie, nämlich der schnelle Zugang zu den Tiefen des Unbewußten, ist gleichzeitig die größte Gefahr bei unüberlegter Anwendung. Hier erhebt sich in extremem Maß die Forderung nach einer Qualitätskontrolle der Therapeutenbefähigung, um zu verhindern, daß so tiefgreifende therapeutische Prozesse in den Händen von Laien liegen.

Über die Länge eines Therapieverlaufes kann man schwer Angaben machen, meist ist es eine Dauer von 20 Sitzungen auf 3 bis 4 Monate verteilt. Häufig beobachtete Phänomene während einer Therapie sind verstärktes und bewußtes Träumen, plötzliches oft grundloses Erinnern an längst vergessene Erlebnisse, eine verschärfte Wahrnehmungsfähigkeit für das eigene Befinden und das Erkennen angelernter Verhaltensmuster.

Zusammenfassend handelt es sich hier um eine eindrucksvolle Therapie, die es wert ist, Interesse zu erhalten. Gemeinsam mit der Bioenergetik ist es eine der Therapien, die sich bisher auf dem "Psychomarkt" am besten durchsetzen konnte.

D Diskussion

1. Psychotherapieforschung und Erfolgsforschung

Die Psychotherapieforschung ist ein junges Gebiet, das mehr an Bedeutung gewinnt, seit die Psychotherapie mehr Anerkennung fordert und die Vielfalt des Therapieangebotes am "Psychomarkt" immer reicher wird.

Es werden mehrere Ziele verfolgt, wie die Entwicklung und Erprobung neuer Psychotherapieverfahren, die Aufdeckung und theoretische Erklärung psychotherapeutischer Prozesse oder mögliche negative Effekte von Psychotherapien. Es existieren bereits Untersuchungen inwieweit spezielle Therapien für spezielle Neurosen oder Psychosen anwendbar sind.

Die Forschung läuft hauptsächlich auf empirischem Wege. Es zeigte sich sehr bald, daß die größte Schwierigkeit in den vielen möglichen Variablen liegt, die durch unterschiedliche Therapeuten, die verschiedenen Persönlichkeiten der Patienten, die unterschiedlichen äußeren Bedingungen und vor allem durch das weit gefächerte Ausprägungsspektrum der psychischen Störungen gegeben sind.

P.Halder-Sinn (1979) stellt folgende Meßwerte für mögliche empirische Untersuchungen auf:

- das Therapeuten Urteil über die Veränderung des Patienten während der Therapie
- Selbstbewertung des Patienten hinsichtlich der Veränderung

- unabhängige klinische Beurteilung durch an der Therapie nicht beteiligte Kliniker mit Interviews vor und nach der Therapie
- unabhängige externe Beurteilung durch Angehörige und Kollegen
- Testverfahren vor und nach der Therapie
- therapieorientierte Meßgrößen wie z.B. Verhaltens-tests (Halder-Sinn 1979)

1.1. Untersuchungen und Forschung im Bereich der Psychotherapie

Von A.Kasamatsu und T.Hirai (1966) wurden EEG-Veränderungen bei Zen Meditationen untersucht und eine eindeutige Veränderung des Alpha-Rhythmus festgestellt. Auch P.R.Cazard (1973) konnte diese Beobachtungen bestätigen, ebenso J.P.Banquet (1973) und R.K.Wallace (1971). Außerdem wurden im Meditationszustand Parameter wie Blutdruck, Pulsfrequenz, Rektaltemperatur, Hautwiderstand, Sauerstoffverbrauch und respiratorischer Quotient untersucht. Die Atemfrequenz sank um 2/min. bei unveränderlichen respiratorischen Quotienten wie es Wallace (1971) und A. Onda (1964) zeigten. Der Blut ph-Wert sank im Zustand der Meditation leicht ab.

Der Hautwiderstand, der erfahrungsgemäß negativ mit der ängstlichen Spannung korreliert, nahm zu und stabilisierte sich.

Dieses Phänomen, das R.Wallace (1971) ebenso wie A.Jus und K.Jus (1964) beobachteten, ließ sich als gemeinsames Charakteristikum meditativer Techniken finden.

Eine weitere Beobachtung wurde von M.E.Cohen und P.D.White (1950) festgehalten. Sie bemerkten einen Blutlaktatabfall, der viermal so stark bei einer Person in Meditation war als bei jemanden, der sich nur in Ruhe hinlegte. F.N.Pitts und J.N.McClure (1967) stellten einen Zusammenhang zwischen Symptomen der Angst und der Höhe des Blutlaktatspiegels fest.

Es wird ein Zusammenhang mit der in der Peripherie beobachteten Durchblutungssteigerung während der Meditation und dem Abfall der Blutlaktatwerte angenommen. Sollte sich in weiteren Untersuchungen ein direkter Zusammenhang zwischen Blutlaktatspiegel und ängstlicher Spannung beweisen lassen, so ließe sich auch bei anderen Techniken wie z.B. körperorientierten Therapien die emotional stabilisierende Wirkung erklären. Weitere nötige Untersuchungen wären EEG-Ableitungen und Blutwerte z.B. während einer Rebirthing Therapie, Tonusmessungen innerhalb einer bioenergetischen Therapie oder umfassendere Verlaufs- und Erfolgskontrollen, wie sie im Kapitel der Psychotherapieforschung beschrieben werden. Eine Aufstellung über Therapieabbruchzahlen und Untersuchungen über mögliche Verschlechterungen während der Therapie könnten das Bild erweitern.

Da die Diskussion und Kritik an den oft philosophisch geprägten theoretischen Grundlagen der Randpsychotherapien wenig konkrete Veränderungen im Bereich der Psychotherapie bewirkt, kann nur über Erfolgs- und Qualitätskontrolle eine Neuerung in diesem Bereich bewirkt werden.

1.2. Studien und Ergebnisse in der Psychotherapieforschung

Seit H.J.Eysenck (1960) seine provokatorische Feststellung veröffentlichte, daß die bisher betriebene Psychotherapie wirkungslos sei, wurde eine große Bewegung der Erfolgsforschung mit den verschiedensten Ergebnissen ins Leben gerufen.

J.Meltzoff und M.Kornreich (1974) veröffentlichten 1970 als erste eine Studie, in der sie bei 101 Untersuchungen verschiedener Psychotherapie-Methoden bei 81 zu einem positiven Ergebnis und Erfolg der Therapie kamen und bei 20 zu keiner Wirkung der Therapie. Innerhalb der 101 gewählten Methoden wurde eine Unterscheidung zwischen adäquaten und methodisch schwächeren Methoden getroffen. 57 wurden als adäquat, 44 als methodisch schwächer eingestuft. Innerhalb dieser Aufteilung waren dennoch von den 57 adäquaten Methoden 48 erfolgreich und von den 44 schwächeren auch 33 erfolgreich. In dieser Studie wurde ein sehr weites Spektrum von verschiedensten Methoden als psychotherapeutische Methode eingestuft, wie z.B. auch therapeutische Kontakte mit dem Pflegepersonal oder ein Besuch beim Hausarzt.

A.Bergin (1977) veröffentlichte kurz darauf eine weniger positive Studie. Er untersuchte psychoanalytische, klientenzentrierte und elektrische Therapien und erhielt bei 48 Untersuchungen 22 Proben mit positiven, 15 mit zweifelhaften und 15 mit negativen Ergebnissen.

S. Rachman (1971) trennte in einer Untersuchung nach Therapieschulen und Patientengruppen. Hohe Abbruchraten und selektive Patientenauswahl ergaben ein negatives Ergebnis für die Psychoanalyse.

Die klientenzentrierte Therapie, die mehr eine Änderung des Selbstkonzeptes als eine Änderung der Außenkriterien bewirkt, wurde mit gutem Erfolg eingestuft.

J.Wolpe (1958) und A.Lazerus (1963) warfen Rachman starke methodische Mängel in seiner Untersuchung vor, da er keine Mindestanforderung von vornherein festgelegt hatte und die positiven und negativen Ergebnisse eher nach Belieben festlegte.

In dieser Zeit liefen viele andere Untersuchungen, die zu dem Ergebnis gelangten, daß Psychotherapie doch zu einem Erfolg führt.

Die methodisch befriedigsten Untersuchungen wurden von der Forschungsgruppe der Temple University geleitet und erbrachten als Ergebnis einen positiven Effekt der Psychotherapie, ohne aber Unterschiede des Erfolges für die verschiedenen Psychotherapierichtungen erarbeiten zu können.

Bei allen Untersuchungen konnten keine Ergebnisse über die Effizienzgrade der verschiedenen Therapien ermittelt werden, was an der Vielfalt der möglichen Variablen lag.

In diesem Zusammenhang postulierte P. Halder-Sinn (1979) die These: "...alle Wege führen nach Rom" (Halder-Sinn 1979)

1.3. Untersuchungen der Erfolgsforschung

Der Anspruch, der an die Erfolgsforschung gestellt wird, ist, jene Faktoren der Psychotherapie zu erforschen, die allen Behandlungsformen gemeinsam sind und weniger eine Effizienzstudie zu erstellen.

J.D.Frank (1974) legte in einer Studie einige dieser gemeinsamen Faktoren dar:

- spezifische Interaktion, bestehend aus dem Vertrauen des Hilfesuchenden in das Wissen des Therapeuten und Akzeptieren und Wertschätzung des Hilfesuchenden von Seiten des Therapeuten.
- ein religiös, weltanschaulich oder wissenschaftlich akzentuiertes Refugium von der Alltagswelt in der Therapiesituation
- ein Erklärungssystem, was dem Leidenden eine gewisse Verantwortung für seinen Zustand abnimmt
- Aktivität, die der Patient für die therapeutische Beziehung aufbringen muß

Dennoch kann man sagen, daß alle Versuche Qualitätsunterschiede zwischen den Therapien aufzustellen bisher nur zweifelhafte Ergebnisse brachten. Hierbei wurden unter anderem folgende Therapien überprüft: Systematische Desensibilisierung, rational-emotive Therapie, Verhaltensmodifikation, Adlersche Therapie, Implosionstherapie, klientenzentrierte Therapie, Psychoanalyse, transaktionale Analyse, elektrische Therapie und Gestalttherapie. Einzig sicher ist, daß eine komplett unwirksame Therapie nicht als wirksam bewiesen werden kann. (P.Halder-Sinn 1979)

K. Grawe (1976) und U. Plog (1976) untersuchten für einige Therapien, welche Neurosen oder Psychosen am besten auf welche Therapie anspricht.

Es läßt sich zusammenfassend sagen: Psychotherapie hat positive Effekte, auch wenn keine Wertung erstellt werden kann, welche Therapie die besten Ergebnisse aufweist.

1.4. Untersuchungen im Bereich der Randpsychotherapien

Wie diese Ergebnisse zeigen, existieren für die klassischen Therapieverfahren nur ungenügende Erfolgskontrollen. Die Erfolgsforschung der Randpsychotherapien weist keinen nur annähernd vergleichbaren Standard auf.

Es erhebt sich hier die Forderung nach einer genauen Effizienzkontrolle dieser neuen Methoden. Ebenso mußte Ausbildung und Befähigung der in diesen Therapien arbeitenden Therapeuten einer exakten Qualitätskontrolle unterzogen werden.

Viele der neuen Psychotherapiemethoden stützen sich bei Hinweisen auf Erfolge und Effizienz auf eine erarbeitete vorgelegte Kasuistik, die die Wirksamkeit der propagierten Arbeitsweise zu belegen scheint. Solange keine katamnestischen Erhebungen vorliegen, müssen selbst diese beschriebenen Erfolge in Frage gestellt werden.

Da die theoretische Grundlage der meisten Randpsychotherapien aus mehr philosophischen Bereichen schöpft, ist eine Diskussion dieser nach wissenschaftlichen Ansprüchen nicht möglich. Nur mit Hilfe empirischer Effizienzkontrollen können Ergebnisse für diese Therapien erarbeitet werden.

Mögliche interessante Ergebnisse könnten weitere Untersuchungen über die Veränderung physiologischer

Parameter im Verlauf körperorientierter Therapiemethoden erbringen, wie sie bereits für Meditationsmethoden erhoben wurden.

Eine wissenschaftlich fundierte Aussage über die Effizienz der Randpsychotherapien wäre ohne die Erhebung dieser Untersuchungsergebnisse verfrüht.

2. Grenzbereiche der Psychotherapie

Eine Betrachtung des Gebietes der Psychotherapie läßt eine enge Beziehung mit anderen Natur- oder Geisteswissenschaften erkennen.

Diese an die Psychotherapie angrenzenden Grenzbereiche sind Gebiete wie die Philosophie, Esoterik, Religion, Physik, Metaphysik, Physiologie oder Biochemie.

Die Philosophie, die sich mit der Sinnsuche und deren möglichen Antworten beschäftigt, fließt über die Einstellung des Therapeuten in die Therapie ein. Normale Ausprägung dessen ist die "Schulangehörigkeit", das eine Extrem die Ideologie, das andere die bewußte neutrale Stellung, die nur soweit praktiziert werden kann, als der Therapeut seine Persönlichkeit nicht in die Therapie mit einbringt. Gefahr der Ideologie ist, daß die Hilfe nicht an der Wurzel angreift, sondern nur ein problembesetztes Verhaltensmuster durch ein positiv besetztes Werteschema ausgetauscht wird.

Die Religion bildet noch so weit einen Randbereich, da sie früher durch ihren starken Einfluß die Notwendigkeit der Psychotherapie teilweise ersetzen konnte. Heute hat der Einfluß der Religion bei der Lösung von Sinnsuche und Sinnproblemen immer weniger Bedeutung. Die heutige Funktion des Therapeuten und die enge

therapeutische Beziehung ist in mancher Hinsicht mit der früheren Beziehung der Gemeindemitglieder zu ihrem "Seelsorger" vergleichbar.

Die Physik zeigt ihren Einfluß in der Therapieforschung oder in der Darstellung der theoretischen Grundlage einzelner Therapien.

Biochemie und Physiologie werden herangezogen, die organischen Veränderungen und Wirkungen mancher Therapien zu erklären. Bisher unbeantwortet bleibt die Frage, ob stoffliche Veränderungen nun der Grund für eine psychische Erkrankung sind oder Ausdruck dieser Erkrankung im Sinne einer auf Grund des psychischen Ungleichgewichts folgenden stofflichen Veränderung. Die westliche Medizin nimmt eine zuerst physiologische oder eine organische Veränderung an, die in der Folge eine psychische Veränderung bewirkt. Wird jedoch das vorgestellte energetische Grundmodell als Basis benutzt wie in manchen Randpsychotherapien und auch in der chinesischen Medizin und der Akupunktur, werden physiologisch Veränderungen als Ausdruck des zuvor ereigneten energetischen Ungleichgewichts erklärt.

3. Sinn, Werte, Ziele und Indikation in der Psychotherapie und den Randpsychotherapien

Die Sinngebung in der Medizin wurde im Laufe der Entwicklung immer mehr vernachlässigt. Durch die stärkere, streng naturwissenschaftliche Orientierung dieses Gebietes konzentrierte sich das Interesse auf jene Leidenszustände, die ihre Ursache in den unmittelbaren Veränderungen des Organismus haben. In wenigen Bereichen macht der wissenschaftlich orientierte Mediziner gewisse Zugeständnisse, wie z.B. bei den psychosoma-

tischen Erkrankungen. Die psychosozialen Zusammenhänge werden mehr und mehr vernachlässigt, und es bestand die Möglichkeit, den "menschlichen Körper aus einem umgreifenden kulturellen Deutungsmuster menschlicher Existenz zu lösen und ihn damit zum Objekt experimenteller, empirischer Beobachtung zu machen." (Lepsius 1973)

Ludwig Reiter (1975) erklärt die Sinngebung in der Therapie mit der Entwicklung der früheren Sinngebung durch die Religionen und deren Schwächung im Laufe der Zeit.

Je weniger die Religion diese Aufgabe erfüllen konnte, umso mehr wurde dieses Anliegen an den Psychotherapeuten herangetragen. Es scheint, als ob die Psychotherapie die Nachfolge in der Befriedigung des menschlichen Bedürfnisses nach der Beantwortung der Frage nach dem Sinn des Lebens antritt.

Die Verbindung von Psychotherapie und Religion ist eine althergebrachte, beachtet man, daß psychotherapeutische Techniken, wie Suggestion, Katharsis, Meditation und übende Verfahren zu Heilpraktiken gehören, die früher von Priestern und Medizinern angewandt wurden.

Die Fortschritte der Wissenschaft mit damit verbundenen Erklärungsmöglichkeiten vieler Phänomene haben gleichzeitig eine Angstminderung aber zugleich auch eine Entmystifizierung und Sinnentleerung mit sich gebracht. S.Nelson und E.Torry (1973) erarbeiteten Elemente, die in verschiedenen therapeutischen Verfahren ebenso wie in der Beziehung zwischen Priestern und Gläubigen zu finden sind.

Die Funktion des Therapeuten als Heiler ist vergleichbar mit der des Priesters als Heilbringender.

"Viele Menschen, die noch vor 25 Jahren zu einer Pfarrgruppe gehört hätten, besuchen heute therapeutische Gruppen, Encounter- und Sensitivitygruppen." (Nelson Torrey 1973)

Aus diesem Grunde findet sich im Patientengut eine breite Differenzierungsskala.

Auf der einen Seite die eigentlich im psychiatrisch-psychologischen Sinn gesunden Personen, die auf einer Art "Sinnsuche" sind, auf der anderen Seite die ernstlich psychisch Erkrankten.

Viele der Randpsychotherapien suchen ihre Zielgruppe gerade unter den Sinnsuchenden. Unbeantwortet und ungeprüft bleibt, in wie weit mit diesen Therapien Erfolge bei ernsthaft psychisch Erkrankten erzielt werden können.

3.1. Ideologie und Therapieziel

Jede Therapierichtung grenzt sich durch ihre theoretische Grundlage und ihre Zielvorstellungen von anderen Therapien ab. In diesen Zielvorstellungen liegt der prägnanteste Unterschied der gängigen Psychotherapien und der Randpsychotherapien. Die meisten Randpsychotherapien beschäftigen sich mit existentiellen Fragen. Daneben bestehen die Richtungen, die sich dem naturwissenschaftlichen Erkenntnisideal verpflichten und keine Stellung zu existentiellen Fragen nehmen. Auch Freud kann hier dazugezählt werden, der es ablehnte, nach dem Sinn des Lebens als therapeutischer Aufgabe zu suchen. Eindeutig kann deshalb Freuds Theorie besser an das psychiatrische Persönlichkeitsmodell und an die medizinische Psychotherapieauffassung angekop-

pelt werden. Auch die Verhaltenstherapie, schließt eine Beantwortung existentieller Fragen aus. Die Randpsychotherapien schließen die existentielle Frage in ihre Arbeit mit ein. Das macht die Annäherung an wissenschaftliche Ansprüche und somit an die medizinische Psychotherapie und Psychiatrie schwierig.

Von den vier beschriebenen Randpsychotherapien hat die Feldenkrais Therapie die wissenschaftlich fundierteste Grundlage. Feldenkrais bleibt in seiner theoretischen Grundlage im neurophysiologischen Bereich und versucht selten in die "Sinnesphilosophie" auszuweichen. Bioenergetik, Meditationstechniken und Rebirthing bauen auf Behauptungen von "Lebensenergie", "Selbsterfahrung als Bewußtseinserweiterung" ein philosophisches Modell auf, das im Hintergrund der Therapie steht und unwissenschaftlich bleibt. Dieses Modell bewegt sich in Grenzbereichen der Psychotherapie.

Die Randpsychotherapien erheben keinen Anspruch auf Überprüfbarkeit und Erfolgsnachweis. Es besteht der berechnete Vorwurf, daß diese Therapien durch die Betonung der nicht überprüfbaren philosophischen Grundlage sich einer wissenschaftlichen Überprüfung entziehen. Löst man dieses philosophische Wertemodell, so bleibt bei vielen Randpsychotherapien dennoch ein Therapiekonzept, das in seinen Theorien auch auf traditionelle, wissenschaftlich anerkannte Theorien zurückgreift.

Zur Überprüfung der Randpsychotherapien ist es nötig, sich von fruchtlosen Diskussionen über den philosophischen Hintergrund zu entfernen und mit Hilfe empirischer Erfolgskontrolle wissenschaftlich akzeptierbare Werte zu erarbeiten.

"Letztlich sind auch die Elemente der psychoanalytischen Behandlungsverfahren aus ursprünglich intuitiven und vorbewußten Prozessen hervorgegangen". (E.Kris 1951)

Die Thesen Freuds haben bei den damals praktizierenden Medizинern und Psychiatern mit Sicherheit ähnliche Ablehnungen hervorgerufen, wie es viele der neuen Therapien heute tun.

3.2. Wert- und Sinnvorstellungen verbunden mit Therapiezielen

Der erstrebte Sinninhalt und ein subjektives Werteschema, das einer Therapierichtung zugrundeliegen kann, birgt die Gefahr einer verschleierten und dogmatisch beeinflussenden Ideologie in sich. Die Sozialwissenschaften haben sich immer mehr mit dem Begriff "Sinn" beschäftigt und gezeigt, daß es nichts Objektivierbares sein kann.

Denn würde es stimmen, was V.Frankl behauptet, daß "für jedes Problem nur eine Lösung, nämlich die gültige und in jedem Leben, in jeder Lebenslage nur ein Sinn, nämlich der wirkliche vorhanden sei" (Frankl 1972) entsteht die Frage, warum dieser "wirkliche Sinn" und die Werte sich im Laufe der Geschichte ändern, und wer die Instanz für die Festsetzung dieses Sinnes sei. Daneben wird auch eine Dualität zwischen Problem und Problemlösung aufgebaut, sobald der gefundene Wert nicht dem gültigen entspricht.

Der Sinn und die Werte, die in einer Therapie vermittelt werden, sind subjektiv von der Ideologie oder der Gesellschaftsmoral abhängig und finden im Therapeuten

den stärksten Vermittler. Von ihm ist es in erster Linie abhängig, wie weit eine Therapie mit der zugrundeliegenden Ideologie einschließlich gängiger Gesellschaftsmoral weitergegeben wird, oder wie weit sie wertfrei gehalten werden kann.

Völlige Wertfreiheit ist nicht möglich, da unbewußt Werte und Einstellungen übermittelt werden. Sobald man Therapieziele setzt, entsteht eine Werteskala. In den Therapieschulen herrschen verschiedenste Zielvorstellungen, wie z.B. das Erlangen von Gesundheit, Erreichen oder Wiedererreichen der anerkannten gesellschaftlichen Funktion, Bewußtseinsschulung, Selbstverwirklichung und vieles mehr. E.A.Ticho definiert Therapieziele als "Die Beseitigung jener Hindernisse, die den Patienten am Erkennen und Realisieren seiner Fähigkeiten hindern." (Ticho 1972)

Freud verhinderte mit seiner Anweisung an den Therapeuten, nie Deutungen zu geben, die Übermittlung von Werten und Sinnvorstellungen. In den Therapien mit intensiver Interaktion zwischen Therapeut und Patient bleibt es Aufgabe des Therapeuten, zu überprüfen und zu erkennen, wie und ob er versucht, einen Patienten hinsichtlich gewisser Wertvorstellungen zu beeinflussen.

Zu beachten ist, daß sobald eine angenehme akzeptierbare Ideologie geliefert wird, dem Patienten wenn überhaupt nur sehr kurzfristig geholfen wird.

Eine Diskussion über richtige oder falsche Wertvorstellungen erübrigt sich, da sie kein Ergebnis hätte. Die Verhaltenstherapie und die Gesprächstherapie arbeiten nicht wertfrei. Aus diesem Grund scheint die Forderung nach Wertfreiheit nicht zu bestehen, sonst wären Verhaltens- und Gesprächstherapie in der medizi-

nischen Psychotherapie nicht anerkannt. Zur Beurteilung anderer Therapien kann somit lediglich festgestellt werden, wie sehr die Therapie auf festen Sinn- und Wertvorstellungen aufbaut, welche das sind und wie weit diese mit den Gesellschaftswerten und Lebenseinstellungen vereinbar sind.

4. Normalität - Abnormalität und Therapieindikation

Eng verbunden mit den Überlegungen über Werte und Sinnesvorstellungen ist die Frage nach Normalität und Abnormalität. Die Antwort ist ausschlaggebend als Therapieindikation. Bisher konnte keine eindeutige Definition von Normalität aufgestellt werden.

Der folgende Bericht von Sheldom B. Kopp verdeutlicht die Relativität der Normalität.

"Ich war einmal selbst Zeuge solch eines bezeichnenden Falles, in dem die Machtpolitik psychiatrischer sozialer Kontrolle mit ihrer an gesellschaftliche Normen gebundenen Definition von Wahnsinn einen sehr ironischen Ausgang nahm. In der Zeit, als ich in New Jersey an einem State Mental Hospital arbeitete, erschien ein seltsamer Mann an einer Straßenecke in Trenton. Er trug ein langes weißes Tuch und murmelte leise "dummes Zeug". Seine bloße Anwesenheit stellte eine Bedrohung für die geistige Gesundheit der ganzen Stadt dar. Zum Glück für den 'betuchten' Mann rief ein etwas vernünftigerer Bürger einen Polizisten und so gelangte der arme Kerl in den Schutz von Schloß und Riegel der örtlichen Irrenanstalt. Vergeblich mühte er sich, sein seltsames Verhalten zu erklären; es war klar, daß er einen Klaps hatte oder, um es wissenschaftlich auszu-

drücken: man diagnostizierte ihn in den großen, allesfressenden Mülleimer eines Syndroms namens Schizophrenie, chronisch undifferenzierter Typ. Jeder hätte Schwierigkeiten gehabt, sich in dieser Situation und vor solchen Diagnostikern zu entlasten, denn der Patient galt als verrückt; bis das Gegenteil bewiesen war, hatte keinen Verteidiger, und man verschwieg ihm sogar, daß alles, was er äußerte, gegen ihn verwendet werden konnte.

Besagter weißbetuchter, "dummes Zeug" murmelnder Patient hatte das Glück, daß am nächsten Tag Besuchstag war. Offenbar hatte er zu Hause angerufen und seine mißliche Lage geschildert. Am nächsten Morgen kamen zwanzig weitere Leute in weißen Tüchern an. Sie waren nicht nur genauso seltsam gekleidet, sondern blieben der psychiatrischen Belegschaft auch genauso ungreiflich. Es stellte sich heraus (und der behandelnde Psychiater amüsierte sich sogar noch darüber), daß diese Männer und Frauen alle einer kleinen ländlichen Sekte angehörten, für deren Mitglieder die weißen Tücher und ihre gottgegebene Fähigkeit, in Zungen zu sprechen, Zeichen ihrer Identität waren. Der Psychiater (ein Katholik, der jede Woche Christi Leib und Blut aß und trank) war der Ansicht, daß sie wirklich ein ganz verschrobener Haufen seien. Der Himmel helfe ihm, wenn er eines Tages in eine Gegend kommt, wo seine Religion genauso obskur ist: Der Patient wurde am gleichen Nachmittag entlassen. Einer allein ist geisteskrank; zwanzig bilden eine akzeptable normale Gemeinde." (Kopp 1983)

Hier erhebt sich die Frage nach der Instanz, die entscheidet, was normal und was abnormal ist.

I.Basaglia charakterisiert in diesem Zusammenhang die

Psychiatrie "als Disziplin, die an ihrem Untersuchungsgegenstand einzig dessen Verschiedenheit und Unverständlichkeit feststellt". (Basaglia 1974)

Allgemein kann man sagen, daß Normalität von den Kriterien bestimmt wird, die für die Mehrzahl in einer Gesellschaft lebender Individuen zutrifft.

Abnormal ist also das, was aus der Norm fällt. Es wird klar, daß Therapieindikation eng mit den gängigen gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen verbunden ist.

Als Therapieindikation sollte erwogen werden, wie sehr der Betroffene unter seinem "angeblich abnormalen" Verhalten leidet. Dies sollte ausschlaggebend für die Therapieindikation sein, denn nur in diesem Leidensdruck liegt eine Chance für den Therapieerfolg. Ein Patient, der zwar als abnormal eingestuft wird, dabei aber sehr zufrieden lebt, wird wahrscheinlich in keiner Therapie einen Erfolg in der Änderung seines Verhaltens zeigen.

Die Vielfalt der Psychotherapien erweitert die Indikationsfrage mit der Überlegung, welche Therapie eignet sich für welche klinische Symptomatik. Bisher besteht nur eine inoffizielle Zuordnung zur Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie, es fehlt eine Systematik der Behandlungsverfahren mit deren exakter Abgrenzung und begrifflichen Klärung.

Minsel (1974), Tausch (1968) und Bommert (1977) ordneten der Gesprächspsychtherapie die psychosomatischen Persönlichkeitsstörungen, Phobien und Depressionen zu, der Verhaltenstherapie eher die Phobien wegen des schnellen Erfolges. Aufgabe zukünftiger Indikationsforschung wäre, Gruppierungsansätze für Störungen zu entwickeln sowie die Erprobung der Zuordnungsmög-

lichkeiten von klinischer Symptomatik und geeigneter Therapie.

5. Ethik in der Psychotherapie

Von einigen Wissenschaftlern wurde die Ethik in der Psychotherapie gefordert.

"Alle guten Leute, die Macht über andere haben, auch wenn es nur ein bißchen Macht und nur für kurze Zeit ist, brauchen eine Ethik, die bestimmt, welchen Gebrauch sie von ihr machen." (London 1973)

Es gibt Vorschläge der interdisziplinären Zusammenarbeit als eine Art gegenseitiger Hilfe. Auch Forderungen nach Ausbildungsabschnitten, die den Bereich der Ethik mit einbeziehen, wurden laut.

Wichtig ist, daß diese geforderte Ethik nicht wieder selbst zu einer Art Politikum wird oder als Vermittler einer gesellschaftsfreundlichen Ideologie dient.

Wichtiger als die Vorgabe inhaltlicher Normen für den Therapeuten ist die Erstellung systematischer Entscheidungshilfen, um jede Therapie so ideologiefrei wie möglich zu halten.

Die beste Unterstützung in diesen Fragen liegt in einer Zusammenarbeit von Therapeuten, z.B. in einer Art gegenseitiger Supervision.

6. Die Dimension Therapeut

In der engen Beziehung, die ein Patient mit seinem Therapeuten eingeht, spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle, deren Auswirkung auf den Therapieerfolg in vielen Studien untersucht wird. Bisher kaum beachtet wurden die Folgen, die sich durch Ausprägung von Status, Persönlichkeits- und Verhaltenseigenschaften des Therapeuten ergeben.

Allein die klientzentrierte Therapie setzt genaue Vorstellungen über die Eigenschaften eines Therapeuten, wie emotionelle Wärme, Empathie und Echtheit.

D.M.McNair und M.Larr (1964) erarbeiteten die verschiedenen Charakteristika therapeutischen Handelns mit folgendem Ergebnis: Psychiater zeichnen sich eher durch eine unpersönliche, psychoanalytisch orientierte Haltung dem Patienten gegenüber aus, Psychologen tendieren in eine persönlich affektive, patientenorientierte Richtung und Sozialarbeiter neigen zur direktiven, aktiven Therapeutenrolle.

Diese sehr unterschiedliche Art und damit auch Auffassung der Therapeutenrolle erklärt einige der bestehenden Differenzen der Berufsgruppen.

Desweiteren zeigte sich die Technik eines erfahreneren Therapeuten weniger an einer Methode festhaftend, sondern gewandter und anpassungsfähiger.

Die Eigenschaften der emotionalen Wärme, Empathie und Echtheit, wie sie Rogers von seinen Therapeuten forderte, zeigten immer wieder bei Personen, die diese im Sinne von Charaktereigenschaften besaßen, eine Fähigkeit zur Problemlösung und eine Anziehung andere Menschen zu ermutigen, ihnen ihre Probleme anzuvertrauen. Eine Untersuchung von Ginsberg und Arrington erbrach-

te, daß Medizinstudenten ebensolche Erfolge in Therapiesitzungen erzielten, wie an der Klinik arbeitende Psychiater. Man erklärte dies damals mit dem unterschiedlichen Enthusiasmus, der den Studenten eigen, hingegen bei den Psychiatern abgestumpft sei. Es stellt sich hier die Frage, ob nicht das Interesse, ja auch die Lust eines Therapeuten an therapeutischer Arbeit ausschlaggebend für den Erfolg der Therapie ist. Die Variable des persönlichen Engagements eines Therapeuten sollte ebenfalls in die Untersuchungen der Erfolgsforschung mit einbezogen werden.

Der Therapeut geht mit dem Patienten eine Art Beziehung ein, die auf Vertrauen beruhen sollte und in der er sich bewußt sein muß, daß der Patient auch Dinge aufnimmt, die unausgesprochen und unbewußt vom ihm ausgehen.

Die Stellung des Therapeuten in der Psychoanalyse ist, verglichen mit den Randpsychotherapien, eine unpersönliche. Da der Therapeut eine neutrale Position einnimmt, bleibt das Therapeut-Patientverhältnis distanzierter. Bei Therapien, wie die klientzentrierte Therapie, die Randpsychotherapien oder körperorientierten Therapiearten, steht der Therapeut als Mensch mit all seinen Eigenschaften, Gefühlen, Wünschen und Ablehnungen dem Patienten gegenüber. Verglichen mit der Psychoanalyse entwickelt sich während des Therapieverlaufs ein engeres und persönlicheres Patient-Therapeutverhältnis. Dies mag ausschlaggebend dafür sein, daß in den Randpsychotherapien die Variable der therapeutischen Fähigkeit größeren Einfluß auf den Therapieerfolg hat.

6.1. Der Therapeut in der Psychotherapie und in der Randpsychotherapie

Die Untersuchung von Truax und Mitchell (1971) erbrachte, daß Eigenschaften, wie emotionale Wärme, Empathie und Echtheit von Bedeutung für den Erfolg einer Therapie sind, unabhängig von theoretischer Orientierung der Therapie oder von der zu therapierenden Störung. Das krasse Fehlen solcher Eigenschaften führt zum Versagen der Therapie. Diese Studie bestätigt die Fähigkeit eines Therapeuten als mitbestimmend für den Therapieerfolg. In der Auffassung über die Dimension des Therapeuten unterscheiden sich die Randpsychotherapien von den im medizinischen Bereich gebräuchlichen Therapien. Die Gesprächstherapie steht mit ihrer persönlichen Patient- Therapeutbeziehung den Randpsychotherapien am nächsten. Die Feldenkrais-Methode, mit ihrer eher distanzierten Position des Therapeuten, steht mehr auf Seite der medizinischen Psychotherapien. Die Bioenergetik und die Rebirthing-Therapie legen vor allem Wert auf die positive Ausstrahlung des Therapeuten und beziehen somit persönliche Eigenschaften des Therapeuten in den Therapieverlauf mit ein.

D. Rosenthal (1955) stellte fest, daß die Besserung des Patienten signifikant mit der Änderung der moralischen Werte in Richtung auf das Wertesystem des Therapeuten korrelierte. Damit zeigt sich, von welcher Bedeutung es ist, mit welcher Einstellung und welchen Werten ein Therapeut dem Patienten begegnet.

J.Jaffé (1964) fand in einer Studie noch viel unbewußtere Eigenschaften, die der Patient vom Therapeuten übernimmt. Er beschrieb eine Annäherung der Satzlänge,

des Sprachgebrauchs, der Häufigkeit von bestimmten Worten, ja sogar des Wechsels von Sprechlänge und Sprechpausen. Hier bestätigt sich die intensive Beziehung der Therapiesituation. Es scheint ein Austausch in der Art unbewußten Lernens stattzufinden. Somit ist es verständlich, warum einige Randpsychotherapien die Wichtigkeit der Ausstrahlung, der Bereitschaft und der Einstellung des Therapeuten als bestimmenden Faktor für den Therapieerfolg betonen.

Die Randpsychotherapien gehen davon aus, daß die positive Ausstrahlung und das Gefühl des Patienten vom Therapeuten angenommen zu werden, als Voraussetzung für die Entwicklung von Vertrauen nötig ist. Dieses Vertrauen ermöglicht dem Patienten sich auf die Ebene seiner Gefühle und seiner Ängste einzulassen. Der Faktor des Vertrauens und des Akzeptierens wird als Grundvoraussetzung für die Möglichkeit eines Erfolges gefordert. Dies scheint ein neuer Aspekt in der Psychotherapie, die sich an Freud und dessen Konzept der Therapeut- Patient Beziehung orientiert.

Die Vielschichtigkeit der Kommunikation in der Therapiesituation hat entscheidenden Einfluß auf die Therapie. Wie weit die Persönlichkeit des Therapeuten auf den Therapieverlauf Einfluß nimmt, ist nach Auffassung der verschiedenen Schulen unterschiedlich.

Die meisten Randpsychotherapien sehen in der Dimension des Therapeuten einen entscheidenden Einfluß und fordern sowohl die Eigetherapie zur Erlangung der Qualifikation, als auch die ständige Weiterentwicklung und Weiterschulung. Gerade für die Therapien, die mit einer engen Patient- Therapeutbeziehung arbeiten, erhebt sich die Forderung nach gewissenhafter Qualifikationskontrolle und Supervision.

7. Psychopharmakatherapie und Psychotherapie

Die Suche nach einer optimalen Therapie führte zu Untersuchungen und Vergleichen der Psychopharmakatherapie und der Psychotherapie.

Die meisten Arbeiten beziehen sich auf schizophrene Erkrankungen und erbrachten, daß hier die Behandlung mit Psychopharmaka der Psychotherapie überlegen ist.

J.J.Jeffries (1977) wies in seiner Studie darauf hin, daß mit Psychotherapie, unter der Voraussetzung, daß eine Behandlung mit Neuroleptika erfolgt, eine sekundäre Neurotisierung verhindert werden kann. Nur wenige Untersuchungen befaßten sich mit neurotischen Störungen. Diese erbrachten, daß im neurotischen Krankheitsbereich Psychotherapie und Psychopharmaka konkurrieren. M.H.Lader (1968) begründete den Vorteil der Kombination der beiden Möglichkeiten in dem Nichtüberschreiten der sogenannten "Panikschwelle", sodaß keine "Fluchthandlung" ausgelöst wird und das Neulernen bei weit niedrigerem Angstniveau schneller und effektiver erfolgt. Ob diese Herabsetzung des Angstniveau auf medikamentösem oder therapeutischen Wege erfolgt, sei nicht entscheidend.

Die Langzeitstudie hierzu wurde im National Institute of Mental Health geführt, welche als Ergebnis zu einer sinnvollen Kombination von Psychopharmakatherapie und Psychotherapie kam. Es wurden die Erfolge von Placebo, Placebo und Sozialtherapie, Chlorpromazin, Chlorpromazin und Sozialtherapie untersucht. Die Erfolgsquote wurde an den Rückfallzahlen gemessen, die für die Placebopatienten am höchsten waren, für die Patienten, die Pharmakatherapie und Psychotherapie erhielten am geringsten.

Analoge Studien wurden von M.Schou (1976) für die Behandlung mit Lithium bei manisch depressiven Erkrankungen durchgeführt.

Das Ergebnis beider Studien beschrieb die Wirkung der Psychopharmaka in einem Herausschieben oder Verhindern eines Wiederauftretens schizophrener, bzw. manisch-depressiver Schübe. Innerhalb dieser Zeitspannen ergab sich der erfolgreichste Angriffspunkt für eine zusätzliche unterstützende Psychotherapie.

8. Psychotherapieverfahren im Vergleich

In der Betrachtung einzelner Psychotherapien wird die Uneinheitlichkeit der Psychotherapieverfahren deutlich. Letztlich ist die Frage nach der Wirkungsweise der Psychotherapie und nach der Entwicklung einer psychotherapeutischen Veränderungstheorie noch unbeantwortet.

Orlinsky und Howard (1978) versuchten die Vielfalt therapeutischer Prozesse zu kategorisieren, indem sie folgende Unterteilung erarbeiteten:

- Das koorientierende Handeln legt den Schwerpunkt auf die Beeinflussung der Aktivitäten und sozialen Handlungen des Klienten; kennzeichnend für dieses Vorgehen sind die Beobachtung und Analyse des Verhaltens in seinen funktionalen Bezügen, das Einüben bestimmter Verhaltensweisen, Rollenspiele, Verhaltensrückmeldungen etc..

- Das unmittelbare Erleben reaktiviert Gefühle und Körperempfindungen, die mit problematischen Erfahrungen zusammenhängen, um diese dann therapeutisch bearbeiten zu können.
- Die Interpretation geht von der symbolischen Bedeutung der Erfahrungen und der Werte des Klienten aus und versucht, diese durch verbale Zuspitzung zu beeinflussen.
- Die Regelung der Therapeut- Klientbeziehung zielt auf die Weiterentwicklung des Klienten durch spezifische Form der Beziehung zwischen Klient und Therapeut ab. (Orlinsky, Howard 1978)

Die Erarbeitung der verschiedenen Therapieansätze ermöglicht den Beginn einer Gruppierung der Vielfalt existierender Therapierichtungen.

Bezugnehmend auf Therapietheorie, Therapiemethode und Zeitperspektive der Therapieziele läßt sich eine Einteilung und ein Vergleich für Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie und Randpsychotherapien wie folgt erstellen. Dieser Vergleich verdeutlicht die verschiedenen Ansätze und Aspekte der erwähnten Therapien.

Therapietheorie:

- Psychoanalyse: Modell der Triebabhängigkeit
- Verhaltenstherapie: Modell der Umweltabhängigkeit
- Gesprächstherapie: Modell der Persönlichkeitsreifung
- Randpsychotherapie: Modell energetischer Blockaden, die körperlichen Ausdruck finden; gestörte physische und psychische Harmonie

Therapiemethoden:

- Psychoanalyse: Kognitive Veränderungen
- Verhaltenstherapie: Veränderungen des sichtbaren Verhaltens.
- Gesprächstherapie: Emotionale Erlebnisänderung
- Randpsychotherapie: Lösung körperlicher Manifestation mit folgender emotionaler Erlebnisänderung.

Zeitperspektive der Therapieziele:

Psychoanalyse: Betonung der Vergangenheit im Sinne einer Reduktion.

Verhaltenstherapie: Erlernen neuer Verhaltensweisen mit neuerlicher Herstellung adäquater Reaktionen.

Gesprächstherapie: Hier und Jetzt Geschehen

Randpsychotherapien: Zukunfts- und Zielperspektiven orientiert.

In der Psychoanalyse besteht die Wirkungsweise der Therapeut-Patient-Interaktion darin, daß der Patient durch die positive Erfahrung der psychotherapeutischen Beziehung Probleme verstehen lernt und damit zu einer Änderung von Einstellung, Wahrnehmung oder emotionaler Reaktion gelangt.

Die Randpsychotherapie arbeitet mit einem Konzept der Anregung, in dem der Patient mehr eine Motivation erhält, die wesentlichen Veränderungen aber von ihm ergriffen werden müssen.

Eindeutiger Unterschied zu den medizinisch anerkannten Psychotherapien liegt im theoretischen Grundkonzept der Randpsychotherapien.

9. Das Grundkonzept der Randpsychotherapien

Den meisten Randpsychotherapien liegt gemeinsam ein Modell zugrunde, das den Menschen weniger als Einheit physiologischer und biochemischer Mechanismen sieht, sondern in einem Energiekreislauf eingebunden, dessen Idealzustand ein Fluß ungeblockter physischer und psychischer Energien bedeutet.

Auf die Erklärung dieses Energieprinzips und Energiebegriffs wurde wegen seiner Bedeutung für die Randpsychotherapien im Kapitel "Bioenergetik" ausführlich eingegangen.

Dieses Energiemodell ist angelehnt an östliche Philosophie und östliche Denkungsweise.

Auf diesem theoretischen Grundmodell und Energieprinzip aufbauend unterscheiden sich die Randpsychotherapien wesentlich von den klassischen Psychotherapieverfahren. Es stehen sich zwei Erklärungsmodelle gegenüber. Auf der einen Seite steht die anerkannte Psychotherapie, die sich an der Persönlichkeitstheorie oder der Lerntheorie orientiert, auf der anderen Seite findet sich ein Modell, das aus dem östlichen Gedankengut und Grenzbereichen der Esoterik und Philosophie schöpft.

Es steht in dieser Diskussion nicht an, das eine oder andere Modell als das richtige darzustellen, sondern lediglich auf die Anwesenheit zweier verschiedener Grundmodelle hinzuweisen und zu überprüfen, ob sie die nötigen wissenschaftlich geforderten Erklärungen beinhalten.

Die Randpsychotherapien beziehen sich hauptsächlich auf das beschriebene Energiemodell. Die Feldenkrais Therapie bildet eher eine Ausnahme und bleibt im We-

sentlichen auf westlicher physiologischer Grundlage. Besonders die Bioenergetik, die Atemtherapie und die Meditationstechniken lehnen an das östliche Modell an und erweitern es mit der westlichen Psychologie. Dadurch entsteht eine Theorie, die sich bei Bedarf des einen oder anderen Modells bedient und somit leicht verwirrend und unwissenschaftlich erscheinen kann. In manchen Überlegungen hingegen gelingt auf diesem Wege eine Synthese. Dennoch bleibt die theoretische Grundlage an einigen Stellen unwissenschaftlich, was häufig zur Aufstellung sogenannter schulenbezogener Wahrheiten führt. In diesem Punkt ist eine Verhärtung auf beiden Seiten sowohl bei den Anhängern, wie auch bei den Gegnern der Randpsychotherapien zu beobachten. Diese Schulgläubigkeit, oft erst von den Schülern der Begründer postuliert, läßt keine Annäherung mehr zu und der Versuch der wissenschaftlichen Diskussion wird ein Kampf um Ideologien.

10. Die Stellung der Randpsychotherapien

Der Schritt der Abgrenzung und Schulbezogenheit führt zum sogenannten Elitebewußtsein.

Oft wird der Wissenschaft der Vorwurf gemacht, die Randpsychotherapien ohne ausreichende Überprüfung oder der Nichtbeachtung der empirischen Erfolge abzulehnen. Ebenso muß diesen Therapien vorgeworfen werden, daß sie wenig Interesse an einer Überprüfung zeigen und somit eine Annäherung an die bekannten und medizinisch praktizierten Therapien verhindern. Der daraus resultierende Effekt ist eine Auslese des Patientengutes.

Die Patienten der Randpsychotherapien wählen diese aus eigener Initiative und mit einem gewissen Anspruch auf Erfolg. Aus diesem Grund besteht eine größere Erfolgchance durch die höhere Therapiebereitschaft. Ein Therapeut, der sozusagen "auf Rezept" therapiert, hat mit mehr Widerständen zu rechnen als ein Therapeut, dessen Patient sich auch darum kümmern muß seine Therapie zu finanzieren. Dieses Praktizieren der Randpsychotherapien bietet neben den gängigen Psychotherapien eine gewisse Auslese des Patientengutes. Ein Vorteil, den sich die Randpsychotherapien mit Hilfe ihres Eliteverhaltens aufrechterhalten.

Solange kein ähnliches Patientengut therapiert wird, werden alle Vergleiche und Erfolgsstudien mangelhaft bleiben. Betrachtet man den Durchschnitt der Patienten der Randpsychotherapien, findet man in größerem Prozentsatz Menschen mit heute weit verbreiteten Alltags- bzw. Zivilisationsproblemen. In größerer Zahl handelt es sich hier um im psychologisch, psychiatrischen Sinne gesunde Personen, die sich auf einer Art Sinnsuche und Bewußtseinserweiterung befinden. Anfangs werden diese Therapien als eine Art Lösung der Probleme herangezogen, im weiteren Verlauf mehr als Möglichkeit der Selbsterkenntnis und Bewußtseinsschulung benutzt. Nur in kleinerem Prozentsatz finden sich im Patientengut Verhaltensstörungen, oder psychosomatische Erkrankungen.

Die medizinische Psychotherapie hingegen arbeitet hauptsächlich mit den Störungen, die der Randpsychotherapeut nur selten zu therapieren hat. Das Ziel dieser Neurosen- und Psychosentherapie liegt vordergründig in der Erarbeitung einer Lebensfähigkeit, was ein Zurechtfinden im Alltag für diese Menschen bedeutet.

Desweiteren lassen sich deutliche gesellschaftliche und intellektuelle Unterschiede der zwei beschriebenen Patientengruppen finden, bei denen die Patienten der Randpsychotherapien mehr in einer intellektuell und gesellschaftlich höheren Schicht anzusiedeln sind.

Diese Unterschiede lassen deshalb nur Vermutungen über die Erfolgchancen der Randpsychotherapien mit einem durchschnittlichen psychiatrischen Patientengut zu.

Der Vorwurf der Auslese und der Ansiedlung in intellektuell höheren Schichten ist bereits der Psychoanalyse gemacht worden.

Zu überlegen bleibt, ob durch den hauptsächlich auf körperlicher Ebene liegenden Angriffspunkt dieser Therapien eine gute Chance besteht, auch die unterschiedlichsten intellektuellen und gesellschaftlichen Schichten zu erreichen.

Deutlich wird hier, daß eine Annäherung der Randpsychotherapien an die medizinische Psychotherapie nur durch ein Interesse auf medizinischer Seite erfolgen wird.

11. Die Möglichkeit einer Synthese

Wie die bisher durchgeführten Untersuchungen zeigen, existiert noch ein weiter Abstand zwischen der medizinischen Psychotherapie und den Randpsychotherapien.

Die bisherigen Erfolgsuntersuchungen sind quantitativ und qualitativ mangelhaft. Solange die Randpsychotherapien nicht aus der Grauzone der Psychotherapie herausgeholt werden, liegt hier die Gefahr unqualifizierter Anwendung.

Ungenügendes Interesse an den Randpsychotherapien bedeutet auch, diese Therapien in die Hände von Laien-therapeuten zu legen. Es erhebt sich die Forderung nach einer medizinisch-psychologisch fundierten Ausbildung für die Randpsychotherapeuten. Der ökonomische Gesichtspunkt der Medizin läßt die Randpsychotherapie interessant erscheinen. Verglichen mit der Dauer einer Psychoanalyse scheinen therapeutische Schritte in kürzerer Zeit vor sich zu gehen. Aber auch hierfür fehlen beweisende Untersuchungen.

Der körperorientierte Ansatz der Randpsychotherapien stellt einen neuen Aspekt in der medizinischen Psychotherapie dar. Hierzu existieren bereits verschiedene Untersuchungen, ob und wie weit sich über eine physiologische Zustandsänderung psychische Veränderungen bewirken lassen. Vorteil dieser körperorientierten Arbeit liegt im Ansprechen eines breiten Patientengutes. Die bisherigen Untersuchungen betrachtend, scheint die Anwendung der Randpsychotherapien nur bedingt bei dem psychiatrischen Patientengut möglich zu sein. In diesem Bereich bieten die Randpsychotherapien mehr eine mögliche Erweiterung der psychiatrischen Psychosen- und Neurosentherapie. Zur alleinigen Anwendung scheinen sie für dieses Patientengut nicht geeignet.

Viele der Randpsychotherapien eignen sich durch ihren flexiblen Therapieaufbau gut zum Einbau in einen psychiatrischen Therapieprozeß. Es ist sowohl Gruppen- als auch Einzelarbeit möglich und auch vom Zeitfaktor gesehen, scheint eine Kombination z.B. innerhalb eines psychiatrischen Klinikaufenthaltes möglich.

Bedenkt man die Studie des National Institute of Mental Health, die in der Kombination von Pharmatherapie und Psychotherapie die höchsten Erfolgszahlen nach-

wies, so bieten die Randpsychotherapien eine interessante Erweiterung des Therapiespektrums.

Weitere Möglichkeiten der psychotherapeutischen Intervention liegen in anderen medizinischen Problembereichen wie z.B. den psychosomatischen Erkrankungen, der Behandlung chronischer Schmerzzustände, Drogentherapie, Gewichtsprobleme, in der Vorbereitung auf große operative, die Lebensqualität verändernde Eingriffe, die onkologische Nachsorge oder Rehabilitation von Unfall- oder Herzinfarktpatienten. Diese Bereiche scheinen besonders für die Randpsychotherapien geeignet zu sein, betrachtet man die verfolgten Therapieziele.

In diesen medizinischen Bereichen besteht zur Problemlösung vorrangig die Notwendigkeit der Bewußtwerdung in der jeweiligen Situation verbunden mit Selbstakzeptanz und Selbsterkenntnis.

Interessant wäre, in wie weit die Randpsychotherapien nicht die Aufgabe im Sinne einer Präventivpsychotherapie übernehmen könnten. Zu überlegen und zu überprüfen bleibt hierbei, in wie weit neurotische und psychotische Krankheitsausprägungen mit diesen Therapien schon in einem Anfangsstadium abgefangen werden könnten.

Ergebnis dieser Diskussion ist die Forderung nach Integration verschiedener therapeutischer Methoden als Ansatz eines allgemein gültigen therapeutischen Handlungsmodells. Hierzu würde die Zusammenfassung wirksamer Elemente aus Ansätzen und Befunden, z.B. der allgemeinen Psychologie, Psychiatrie, Sozialpsychologie, Psycholinguistik, Diagnostik oder der pädagogischen Psychologie dienen.

Mögliche Wirkungsweise dieses Modells wäre eine effektive Gestaltung der Therapie, so daß die Interaktion

zwischen Therapeut und Patient eine repräsentative Abbildung der Lebenssituation des Klienten darstellt, damit die Störung in der Therapie manifest wird und eine Intervention ermöglicht.

In der Synthese der therapeutischen Arbeitsmöglichkeiten liegt das Potential der zukünftigen Psychotherapie.

Wenn die Randpsychotherapie ihren Eliteanspruch aufgeben und die medizinische Psychotherapie ihr Interesse den empirischen Erfolgskontrollen zuwendet, scheint diese Synthese möglich.

E Zusammenfassung

Die Randpsychotherapien unterscheiden sich von den anerkannten medizinischen Psychotherapien deutlich in ihrer theoretischen Grundlage und in ihrer Zielsetzung. Es wird mehr der Anspruch auf Bewußtseinserweiterung, Selbstkenntnis und persönliches Wachstum verfolgt. In ihrer Theorie weichen sie teilweise von der Persönlichkeitstheorie und Neurosenlehre ab und beziehen sich auf östlich orientierte Philosophien und ein aus diesem Gedankengut stammendes energetisches Grundprinzip der Persönlichkeit.

In der Psychotherapieforschung existieren bisher nur unzureichende Untersuchungen der Randpsychotherapien. Am interessantesten erscheinen die Veränderungen der Blutlaktatwerte innerhalb körperorientierter Therapieprozesse und die damit verbundene Änderung von Spannungs- und Angstsymptomen. Darüber hinaus existieren bisher nur Hypothesen über die Wirkung der Körperar-

beit. Die durchgeführten Studien der Erfolgsforschung erbrachten für existierende Psychotherapien nur Effektivitätsnachweise ohne qualitative Unterschiede feststellen zu können.

Die Randpsychotherapie kann auf Grund der wenigen Untersuchungen nicht annähernd den auch geringen Untersuchungsergebnissen anderer Psychotherapien standhalten. Erst weitere Untersuchungen und empirische Erfolgskontrollen können den Randpsychotherapien eine Annäherung an die medizinische Psychotherapie ermöglichen.

Das immer größer werdende Therapieinteresse läßt sich aus gesellschaftlichen Entwicklungen erklären. In einer Zeit der Entmystifizierung und des sinkenden religiösen Einflusses scheint das Bedürfnis nach Sinnsuche und Persönlichkeitsschulung in die Hände der Psychotherapeuten gelegt zu werden. Darin erklärt sich, daß sich das Patientengut der Randpsychotherapien zum größten Anteil aus im psychologisch-psychiatrischen Sinne Gesunden zusammensetzt. Deshalb können auch nur Vermutungen über die Wirksamkeit der Randpsychotherapien bei Neurosen oder Psychosen ausgesprochen werden. Die klassische Psychoanalyse und auch die Verhaltenstherapie grenzen sich eindeutig von der Zielsetzung der Randpsychotherapien ab, indem sie es ablehnen, nach dem Sinn des Lebens als therapeutische Aufgabe zu suchen.

Diese unterschiedliche Therapie-Zielsetzung bewirkt auch eine Unterscheidung im Anwendungsbereich.

Die Randpsychotherapien eignen sich weniger zur Neurosen- oder Psychosentherapie. Sie stellen in diesem Bereich aber ein Potential zur Erweiterung der bisherigen praktizierten psychiatrischen Therapie dar. Wie

die Studie des National Institut of Mental Health zeigt, liegt in dieser Kombination von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie die größte Erfolgchance. Die Zielsetzung der Randpsychotherapien macht andere Anwendungsbereiche besonders bei der Intervention medizinischer Probleme offensichtlich. Bei psychosomatischen Problemen, Therapien bei chronischen Schmerzzuständen, Drogenproblemen, postoperativen Rehabilitationstherapien, Unfallrehabilitation und vor allem in der onkologischen Nachsorge scheinen die Randpsychotherapien mit ihrer Zielsetzung die zugrundliegende Problematik zu treffen und zu bearbeiten.

Die Dimension des Therapeuten gewinnt in der Randpsychotherapie an Bedeutung, da hier eine aktivere und engere Therapeut-Patient-Beziehung gegeben ist. Untersuchungen zeigten, daß in dieser Beziehung unbewußt Eigenschaften des Therapeuten vom Patienten übernommen werden und eine Änderung des Patienten gemäß den moralischen Werten des Therapeuten erfolgt.

Fähigkeiten wie emotionale Wärme, Empathie und Echtheit werden in Studien als für den Therapieerfolg beeinflussend bewiesen. Auf Grund dieses starken Einflusses des Therapeuten erhebt sich die Forderung, die Qualifikationsüberprüfung der Randpsychotherapeuten zu verstärken und eine fundierte Ausbildung in medizinischen und psychologischen Bereichen vorauszusetzen. Nur so können die Randpsychotherapien aus der Grauzone der Laientherapeuten geholt werden.

Ein gewisses Elitebewußtsein der Randpsychotherapien und die damit bewirkte Ausleses des Patientengutes ermöglichen dem Randpsychotherapeuten ein erfolgversprechenderes Arbeiten. Die Patienten der Randpsychotherapien suchen in den Therapien mehr eine Bewußtseins-

schulung, während die medizinische Psychotherapie mit Patienten, die unter ihren Neurosen oder Psychosen leiden, arbeitet. Eine Annäherung dieser Therapien kann nur durch das Interesse der medizinischen Psychotherapie erfolgen, da die Randpsychotherapien dann auf diese Auslese des Patientengutes verzichten müssen.

Ergebnis dieser Arbeit liegt im Anstreben einer Synthese und Erweiterung des psychotherapeutischen Potentials nach gründlichen empirischen Erfolgskontrollen der Randpsychotherapien. Es sollte ein therapeutisches Handlungsmodell angestrebt werden, das sich Elemente verschiedenster Bereiche wie Psychologie, Psychiatrie, Sozialpsychologie, Pädagogischer Psychologie und anderer bedient, um damit eine effektive Gestaltung der Therapie zu ermöglichen, die in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient eine repräsentative Abbildung der Lebenssituation darstellt und somit eine erfolgreiche therapeutische Intervention ermöglicht.

Darüberhinaus sollten Untersuchungen darüber angestrebt werden, welche Störungen auf welche Psychotherapien am besten ansprechen, um so ein gezielteres psychotherapeutisches Arbeiten zu bewirken.

Die intensive Entwicklung im psychotherapeutischen Bereich und die immer größer werdende Vielfalt der entstehenden Therapien könnte von der Psychiatrie und der medizinischen Psychotherapie zur Erweiterung ihres Arbeitsspektrums genützt werden.

In der Synthese der psychotherapeutischen Arbeitsmöglichkeiten liegt das Potential der zukünftigen Psychotherapie.

Literaturverzeichnis

- (1) Banquet, J. Spectral analysis of the EEG in meditation. *Electroencephal. clin. Neurophysiolog.* 35, 143-151, (1973)

- (2) Basaglia, F. Was ist Psychiatrie ? In: Basaglia, F. (Hrsg.) Was ist Psychiatrie ? Frankfurt: Suhrkamp (1974)

- (3) Bergin, A.E. Some implications of psychotherapy and therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology* 71, 235-246, (1977)

- (4) Bommert, H. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlheimer, (1977)

- (5) Cazard, P.R. Interhemispheric synchr. of Parieto- Occipital and Alpha Rhythm. *Electroencephal. clin. Neurophysiolog.* 34, 715, (1973)

- (6) Cohen, M., Life situations, emotions and
 White, P. neurocirculatory asthenia (anxiety neurosis, neurasthenia, Effort syndrome). *Proc. Res. nerv. ment. Dis.* XXIX: Life, Stress Bodily Disease. The Williams a. Wilkins Company, (1950)

- (7) Eysenck,H.J. Handbook of abnormal psychology.
London: Pitman, (1960)

- (8) Feldenkrais,M. Bewußtheit durch Bewegung. Suhr-
kamp, Frankfurt, (1981)

- (9) Frank,J.D. Persuasion and Healing. A compa-
rative study of psychotherapy.
Baltimore: John Hopkins Uni-
versity Press, (1974)

- (10) Frankl,V.E. Apostrophische Bemerkungen zur
Sinnproblematik.In N.Petrowitsch
(Hrsg.): Die Sinnfrage in der
Psychotherapie. Wissenschaft-
liche Buchgesellschaft Darm-
stadt, 412-430, (1972)

- (11) Grawe,K. Differentielle Psychotherapie I.
Bern: Huber (1976)

- (12) Halder-Sinn,P. Effektivität psychotherapeuti-
scher Intervention. In Witt-
ling,W.(Hrsg): Handbuch der
Klinischen Psychologie 3,92-115.
Hamburg: Hoffmann und Campe,
(1980)

- (13) Heisenberg,W. Schritte über Grenzen. Gesam-
melte Reden und Aufsätze. Piper,
München, (1976)

- (14) Jaffé, J. Verbal Behaviour Analysis in Psychiatric Interviews with the Aid of Digital Computers. In: D.Mck.Rioch, E.A.Weinstein(Eds.): Disorders of Communication, Bd.42. Williams a. Wilkins, Baltimore (1964)
- (15) Jeffries, J.J. The trauma of being psychotic. Canadian Psychiatric Association Journal 22, 199-206, (1977)
- (16) Jung, C.G. Von den Wurzeln des Bewußtseins. Zürich: Urban, (1954)
- (17) Jus, A.,
Jus, K. The galvanic skin response during Autogenic Training. In: W.Luthe (Ed.): Autogenes Training Correlationes psychosomaticae, 92-94. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1964)
- (18) Kasamatsu, A.,
Hirai, T. An electroencephalographic study on Zen meditation.(Zazen). Folia psychiat.neurol.jap.20, 315-336, (1966)
- (19) Kopp, S.B. Triffst du Buddha unterwegs. Fischer, Frankfurt am Main, (1983)

- (20) Kris,E. Ego, Psychology and Interpretation in Psychoanalytic Therapy. Personal.Quart.20, 15-30, (1951)
- (21) Krishnamurti,J. Einbruch in die Freiheit", Ullstein, Frankfurt,(1983)
- 4
- (22) Lader,M.H. A psychophysiological model of phobic anxiety and desensitization. Behaviour Research and Therapy 6, 411-421, (1968)
- (23) Lazerus,A. The results of behaviour therapy in 126 cases of severe neurosis. Behaviour Research and Therapy 1 65-78, (1963)
- (24) Lepsius,M.R. Gesellschaftsanalyse und Sinngebungs-zwang", In: G.Albrecht, H.Daheim, F.Sack(Hrsg): Soziologie. Westdeutscher Verlag, Opladen, 105-116, (1973)
- (25) London,P. Der gesteuerte Mensch. Ehrenwirth, München, (1973)
- (26) Lorr,M., An Analysis of Professed
McNair,D.M. Psychotherapeutic Techniques. J.cons.Psychol.28,265-271,(1964)
- (27) Lowen,A. Bio-Energetik. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg, (1979)

- (28) Lowen, A. Bioenergetik für Jeden.
Lowen, L. Kirchheim Verlag, Gauting, (1979)
- (29) McLean, P.D. Psychosomatic disease and the
"visceral brain". Recent deve-
lopements bearing on the Papez
theory of emotion. Psychosom. Med
11, 338-353, (1949)
- (30) Meltzoff, J.M. Research in psychotherapy. New
Kornreich, M. York, Atheron Press (1974)
- (31) Minsel, W.R. Praxis der Gesprächspsychothera-
pie. Graz: Böhlhaus (1974)
- (32) Nelson, S.H. The Religious Function of
Torry, E.F. Psychiatry. Amer. J. Orthopsy-
chiatry 43, 362-367, (1973)
- (33) Onda, A. Autogenic Training and Zen. In:
Luthe (Ed): Authogenes Training-
Correlationes psychosomaticae,
251-258, Georg Thieme Verlag,
Stuttgart (1964)
- (34) Orlinsky, D.E. The relation of process to
Howard, K.I. outcome in psychotherapy. In S.L.
Garfield and A.E. Bergin (Hrsg.):
Handbook of psychotherapy and
behavior change. New York:
Wiley, (1978)

- (35) Orr, L. Rebirthing in the New Age.
Ray, S. Celestial Arts, Millbrea,
California, (1977)
- (36) Pitts, F.N., Jr. Lactate metabolism in anxiety
McClure, J. neurosis. New Engl. J. Med. 277,
1329-1336, (1967)
- (37) Plog, U. Differentielle Psychotherapie
II. Bern: Huber, (1976)
- (38) Rachmann, S. The effects of psychotherapy.
Oxford Perganeon Press, (1971)
- (39) Rajneesh, B.S. Meditation. Heyne, München,
(1984)
- (40) Rajneesh, B.S. The Orange Book. Sambuddha Ver-
lag, Stuttgart, (1980)
- (41) Reither, L. Werte, Ziele, und Entscheidungen
in der Psychotherapie. In:
Strozka(Ed.): Psychotherapie:
Grundlagen, Verfahren, Indika-
tionen. München, Urban und
Schwarzenberg, 85-109, (1975)
- (42) Rosenthal, D. Changes in some Moral Values
Following Psychotherapy. J.cons.
psychol. 19, 431-436, (1955)

- (43) Schou, M. Prophylactic and maintenance therapy in recurrent affective disorders. In: Gallant, D.M. and Simpson, G.M. (Hrsg.): Depression: Behavioural, biochemical, diagnostic, and treatment concepts. New York: Spectrum, 309-334, (1976)
- (44) Strasser, W. Heilen mit Lebensenergie. Psychologische Fachbuchhandlung, München, (1984)
- (45) Tausch, R. Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, (1968)
- (46) Ticho, E.A. Termination of Psychoanalysis: Treatment Goals, Life Goals. Psychoanal. Quart. 41, 315-333, (1972)
- (47) Truax, C.B.
Mitchell, K. Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: Bergin, A.E., a. Garfield, S.L. (Hrsg.). Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley, 299-344, (1971)
- (48) Wallace, R.K. Physiological Effects of Transcendental Meditation. Science 167, 1751-1754, (1970)

- (49) Wallace, R.K. A wakeful hypometabolic psychological state. *Amer. J. Physiol.* 221, 795-799, (1971)
- (50) Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Ca.: Stanford University Press, (1958)

Lebenslauf

Birgit von Katzler

21.12.1959	geboren als zweites Kind des Filmkaufmanns Walter Trimmel und seiner Ehefrau Ingeborg, geb. Hillebrand
1966-1970	Besuch der Volksschule
1970	Übertritt an das Willi-Graf-Gymnasium in München
1976	Schulwechsel an das Bundesgymnasium für Mädchen in Salzburg, Österreich
1978	Abitur
1978/79	Auslandsaufenthalt
1979	Beginn des Medizinstudiums in München
1981	Physikum
1982	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1984	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1985	Eheschließung mit dem Rechtsanwalt Rupert von Katzler

- | | |
|-----------------|---|
| Oktober 1985 | Letzter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| November 1985 | Tätigkeit als Assistenzärztin in der Urologie in München |
| seit April 1986 | Tätigkeit als Assistenzärztin in der Gynäkologie in München |

